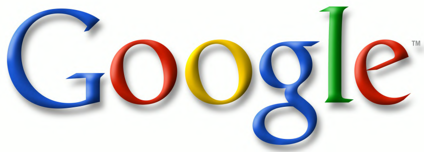








ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

ANNO XVIII - 1898

ARCHIVII ITALIANI
DI
LARINGOLOGIA
PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**
Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. ALESSANDRO TRIFILETTI
Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE
di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

ANNO XVIII - 1898

NAPOLI
TIP. PONTIERI E VELARDI
Largo Tarsia 9.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. F. MASSEI

LAVORI ORIGINALI

SOPRA UN CASO
DI
TUBERCOLOSI LARINGEA PRIMARIA
A proposito della diagnosi della tubercolosi laringea

pel Dott. A. TRIFILETTI, Coadiutore.

Non intendo fare una esposizione particolareggiata di tutte le difficoltà che, alle volte, presenta la diagnosi di tubercolosi della laringe, e mettere in rilievo le varie note cliniche differenziali e le altre prove di laboratorio, delle quali oggi disponiamo ed a cui si dovrà ricorrere, [illegible], per accertare una tale diagnosi; ma è mio proposito, soltanto, richiamare l'attenzione del lettore sulla possibilità di tali difficoltà, prendendo occasione da un caso capitatomi recentemente e studiato dal lato clinico e scientifico.

Prima di riferirlo, però, mi sia lecito premettere un breve ricordo delle difficoltà delle quali intendo parlare.

1.° Difficoltà diagnostiche, innanzi tutto, possono derivare dal vario apprezzamento delle note laringoscopiche, cioè dalla sede, forma ed aspetto delle lesioni rilevate, le quali, spesso, si allontanano dalle note classiche, e lasciano pensare a tutt'altro processo, specialmente alla sifilide. Ricordo, ad es., la forma di *cordite* sotto la quale può insorgere la tubercolosi laringea, somigliantissima alla cordite catarrale cronica, sulla quale ha insistito già da tempo nei suoi scritti ed anche recentemente il prof. Massei (1) ed alla quale anch'io ho alluso in altra occasione (2). Nè va dimenticato il Castex, che recentemente, parlando di una *tubercolosi laringea nodulare* (3), se ha cercato

(1) V. *La diagnosi della tubercolosi laringea*, nell' Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia. Vol. V (Febbraio 1897).

(2) V. Rendiconto dell' anno scolastico 1894 95, pag. 14. Napoli, 1895.

(3) V. Revue hebdom. de Laryngologie, etc., n. 26, Giugno 1897.

di determinare il concetto morfologico e laringoscopico della lesione, ha mostrato pure di trovarsi sullo stesso nostro terreno.

2.° Difficoltà diagnostiche, al sommo grado, possono aversi allorchè il processo laringeo appare isolato, cioè quando: o non vi ha concomitanza di tubercolosi polmonare (la presenza della quale tanto aiuta i Clinici generici a posare la diagnosi di laringite specifica, guidati dalla sola raucedine cronica), o appena si rilevano, al più diligente esame semiologico del petto, segni così leggieri da considerarsi equivoci.

In questi casi trattasi, per lo più, della forma primaria della tubercolosi laringea, la cui possibilità, almeno, non è esclusa dai più puri anatomisti-patologi.

3.° Difficoltà diagnostiche possono ancora derivare in esito al risultato negativo della ricerca micro-chimica del bacillo di Koch, tanto nell'espettorato, oppure nel secreto raccolto *in loco*, quanto nei tagli del tessuto morboso asportato, benchè ripetuta e con vari metodi: risultato, non raro ad aversi da chi pratica spesso simili ricerche, e ben comprensibile, del resto, qualora trattisi: o di una concomitanza pulmonare specifica soltanto allo stadio iniziale, o maggiormente di una forma primaria (1).

4.° Difficoltà possono ancora derivare in esito al risultato negativo, così della prova culturale dal tessuto asportato, come di quella sperimentale, cioè dell'inoculazione dei prodotti morbosi in animali recettivi alla tubercolosi, all'uopo istituita con la necessaria tecnica: risultati, non infrequenti ad aversi per varie ragioni, specialmente per quelle citate a proposito della ricerca micro-chimica.

5.° Difficoltà, in fine, possono accompagnare l'esame istologico del tessuto asportato, specialmente per l'interpretazione della forma anatomica. (E non parlo della prova con l'antica tubercolina di Koch, basata sulla nota reazione, perchè non ho esperienze proprie, e perchè coloro che l'hanno usata non hanno riconosciuto in essa un mezzo molto pratico per accertare una

(1) La laringe par che sia una sede poco favorevole al bacillo di Koch; altrimenti come spiegare la rarità della forma primaria (rarità però, sempre minore di quanto si crede), e la non infrequente assenza del bacillo tisiogeno in forme clinicamente ben chiare di laringite tubercolare?

Nella *Revista de Laringologia, Otologia y Rinologia* (Barcellona, anno VI, n. 56) R. Botey afferma che sopra 97 casi di tubercolosi laringea, ricoverati nell'ospedale Santa Cruz e nella sua clientela privata, ha rinvenuto il bacillo specifico soltanto 6 volte.

tubercolosi della laringe incipiente o sospetta, come è riuscito per quella pulmonare e per il lupus) (1).

Ciò nondimeno, a me sembra che l'esame istologico costituisca la prova più attendibile di cui disponiamo, allo stato presente delle nostre conoscenze, dopo aver esauriti negativamente, s'intende, gli altri mezzi diagnostici. Questa prova ha corrisposto in varie contingenze difficili al prof. Massei (2), come è stata la sola che è riuscita nel caso che vado a riferire.

Storia clinica. — Giacomo Petr:, nativo di Potenza, di anni 58, cameriere, si presenta al nostro Reparto laringo-rino-otojatrico della Poliambulanza Partenopea il 14 Maggio 1897, per curarsi di un abbassamento di voce.

Circa a suoi genitori, ricorda soltanto che il padre morì all'età di 33 anni per fatti gastro-enterici; della madre non sa dirci altro che morì a 40 anni. Dei suoi 4 fratelli e dell'unica sorella, sola questa è vivente, essendo quelli morti in età giovane.

Il nostro infermo all'età di 9 anni contrasse la scabbia, a 15 il morbillo. A 21 anno si contagiò di una ulcera al pene, della quale guarì presto senz'altra conseguenza; però dopo breve tempo ebbe a soffrire forti dolori nelle articolazioni e nelle ossa, che persistevano anche di notte, e che l'infermo attribuì a reumatismo, per essersi esposto al freddo-umido a causa del suo mestiere di cameriere. I dolori, dopo alcuni mesi, scomparvero in seguito ad una medela, che agì come purgante, amministratagli da una donnicciuola. Dopo altri mesi ebbe (a causa, dice lo infermo, di trapazzo) bubbone suppurato all'inguine destro, che gli venne inciso da un barbiere.

A 23 anni soffrì condilomi acuminati al pene, che gli furono causticati da un farmacista.

Nel 1880 soffrì bronchite.

Nel 1890 ebbe gangrena al piede sinistro con diffusione alla gamba, che gli venne amputata al 3.° superiore nell'Ospedale Incurabili. Tale malore gli sopravvenne per essersi esposto sulla carrozza del padrone in epoca che feceva la neve; ebbe a soffrire intenso freddo al piede sinistro, seguìto da indolen-

(1) Leggasi in proposito la discussione avvenuta in seno alla Società laringologica di Berlino, seduta 7 maggio 1897, fra Kuttner, B. Fraenkel e Grabower.

(2) Il lavoro di laboratorio riferentesi a questi casi è stato disimpegnato dal Dott. G. Martuscelli, assistente, che ha già presentato i relativi preparati microscopici al 3.° Congresso biennale della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia, tenuto a Roma il 28-30 ottobre 1897.

zimento della parte, sulla quale, avendo applicato del balsamo di Opodeldoc, vide comparire delle flittene, e quindi la gangrena. D'allora non potè più fare il cameriere e menò vita ritirata.

Già ammogliato dal 1871 (a 31 anno), dal matrimonio ebbe 5 figli, dei quali uno solo è vivente e sano; degli altri: due maschi morirono, uno per ileo-tifo, l'altro per difterite, e due femmine perirono, una per caduta sull'occipite, l'altra per anemia.

Sua moglie abortì una sola volta alla 4.ª gravidanza, in seguito, dice l'infermo, ad un pediluvio, e partorì due figli, il 2° ed il 3°, a 7 mesi.

Non ha avuto manifestazioni cutanee sospette, solamente una adenite sottomascellare a sinistra, che guarì spontaneamente; non ha fatto cure antisifilitiche.

Circa all'attuale malattia, l'infermo ricorda che, or sono due anni, incominciò ad avvertire una molestia persistente alla gola con raucedine intercorrente, la quale parve migliorasse coi gargarismi di orzo; però nell'ottobre dell'anno scorso tale molestia crebbe e la raucedine divenne continua. Per questi disturbi consultò uno specialista di malattie di gola, che pensò soltanto di tagliargli l'ugola. Del resto, mai febbre, nè sudori notturni.

Stato presente. — Individuo di sviluppo scheletrico regolare, ma di nutrizione molto scaduta; cammina un po' zoppicando, pur essendo provvisto di prôtesi chirurgica. Non ha ingorghi glandolari appariscenti o palpabili. Le principali funzioni si compiono regolarmente. Cuore e visceri addominali sani. Da parte dell'apparecchio vocale si nota: leggiera disfagia, più meccanica che dolorifica; leggiera difficoltà inspiratoria (laringostenosi), specialmente quando l'infermo si agita o sale le scale; voce molto rauca, quasi spenta; tosse con i caratteri di quella faringea, consistente cioè in piccoli colpi isolati dietro senso di pizzicore e di secchezza alla gola, e seguita non da vera espettorazione, ma da espuizione o *raschiamento* di un secreto piuttosto liquido e schiumoso, siero-muco-purulento. Da parte dell'apparecchio respiratorio propriamente detto si ha: alla percussione, suono generalmente chiaro e pieno per tutto l'ambito pulmonare, sebbene un poco più basso a sinistra che a destra, come di norma; all'ascoltazione, nessun fatto umido (rantoli), però il murmure vescicolare pare leggermente diminuito, mentre il soffio dell'espirazione è abbastanza accentuato, da rassomigliare quasi ad un soffio bronchiale: tale fenomeno si riscontra esteso a tutto l' ambito, sebbene più netto a destra; sicchè sorge probabile l'idea di un semplice rumore propagato dalla laringe, essendo questa la sede di un certo grado di stenosi.

Esame laringoscopico. — Prescindendo da un leggiero grado di arrossimento e di secchezza della faringe, l'intera mucosa della cavità laringea è arrossita e, in vario grado, infiltrata in talune regioni: l'infiltrazione è enormemente sviluppata, addirittura neoplastica, a livello della falsa corda di sinistra; però tutti e due i ligamenti vocali superiori sono presi ed appaiono come due grosse labbra sporgenti e combacianti sulla linea mediana, massime nel tentativo di fonazione, in modo da costituire, sebbene assai ristretta, una nuova rima glottidea. La vera glottide, per ciò, rimane nascosta dalla nuova in tutta la sua lunghezza, tranne in un punto, verso il 3.° posteriore della falsa corda sinistra: punto profondamente escavato, che corrisponde ad una esportazione parziale della neoplasia, fatta a scopo diagnostico. Per effetto di questa perdita di sostanza si vede un piccolo tratto della vera corda corrispondente, infiltrato come un cordone. — Nella forte inspirazione si delinea uno stretto ed alto spazio glottideo, fatto dalla vera e la falsa corda di un lato e le correspettive dell'altro lato (stenosi glottidea), attraverso il quale è possibile vedere, fuggevolmente, il primo tratto tracheale, esente da qualsiasi alterazione. — Anche le aritenoidi e le pliche ari-epiglottidee, sopratutto quelle di sinistra, sembrano discretamente infiltrate ed edematose.

Decorso. — Ad essere esatti, dirò subito che le su indicate note del petto e laringoscopiche son propriamente quelle rilevate nell' osservazione ulteriore del caso, cioè dopo qualche mese da che l'infermo trovavasi in cura, mentre a principio, quando s'era a noi diretto, erano assai più circoscritte. Da parte del petto, infatti, non esisteva una netta modifica nel suono d'ascoltazione, mentre da parte della laringe, se pure si rilevava una rilevante infiltrazione, questa era circoscritta quasi esclusivamente alla falsa corda sinistra.

Fu allora che rimanemmo impressionati a favore di una lesione sifilitica terziaria (ne avea tutti i caratteri laringoscopici), ed instituimmo la cura antisifilitica, quella mista all' interno, le polverizzazioni in gola di sublimato e le insufflazioni di calomelano *in loco*, ecc.

Dopo i primi giorni di questa cura, l'infiltrazione subì una manifesta riduzione, poi rimase stazionaria, refrattaria alla più esatta medicazione; in fine ricominciò a crescere, insensibilmente, e con accentuazione delle sofferenze dell'infermo.

Allora il dubbio diagnostico s' impose: eravamo innanzi ad una simbiosi sifilitico-tubercolare, o, più semplicemente, innanzi ad una tubercolosi laringea a forma papillomatosa e vegetante?

E nel senso di una tubercolosi cominciai, allora, a spingere le indagini, sospendendo la cura antisifilitica.

Ricerche scientifiche. —Per tre volte, ad intervallo di tempo, fu raccolto l'espettorato e fatto esaminare da osservatori competenti (professori Gianturco, Malerba e Giuranna) nella Poliambulanza Partenopea: si ebbe sempre risultato negativo pel bacillo di Koch. Feci allora vedere l'infermo al prof. Massei, che rimase egualmente impressionato, e volle, per sue vedute, far riesaminare quel secreto dal suo assistente Dott. Martuscelli; anche questa quarta volta si ebbe reperto micro-chimico negativo.

Allora il Prof. Massei volle egli stesso asportare, con le pinze, qualche pezzettino del tessuto neoplastico dalla falsa corda sinistra, e consegnarlo al Martuscelli per ulteriori esami e prove: micro chimico sui tagli, culturale, d'inoculazione negli animali ed istologico.

Ebbene tutte queste prove per la ricerca del bacillo tisiogeno hanno avuto, nelle mani del Martuscelli, un esito negativo ad eccezione dell'*esame istologico*, il quale è riuscito non pure positivo, ma caratteristico per questo genere di lesioni, poichè tutto il tessuto è risultato formato da tanti tubercoli stivati fra loro, quasi tutti con cellule giganti e rivestiti da mucosa. Circa a particolari di questo esame, il lettore vegga la tavola di figure qui annessa, con la relativa spiegazione, e tutte le particolarità della ricerca scientifica, fornitemi gentilmente dallo stesso Martuscelli.

Diagnosi e cura — In seguito all'anzidetto risultato istologico, ci convincemmo della natura tubercolare di quella lesione, la quale, allora, venne trattata energicamente, ma sempre con oculatezza, mediante il raschiamento, con la curetta di Heryng, seguito da toccamenti di acido lattico in soluzioni sempre più concentrate. Credo inutile scendere nei particolari di questo noto metodo curativo, tanto più che in altro scritto recente (1) mi sono fermaato sulla cura della tubercolosi laringea; e credo pure inutile dilungarmi sui risultati avuti, per dire, cioè, che grazie alla detta cura, la neoplasia laringea va riducendosi e scomparendo gradatamente, nello stesso tempo che i tessuti vanno facendosi come sclerotizzati; di più l'infermo è migliorato nella nutrizione e nelle forze, di modo che oggi si può parlare, per lo meno, di ottenuta guarigione clinica. Va

(1) V. Rendiconto dell'anno scolastico 1896-97. Napoli, 1897.

da sè, che sarà ancora d' uopo insistere sul detto trattamento, per mettersi al coverto dalle facili recidive e diffusioni alle vie aeree inferiori, le quali ultime se tutt' ora non mostrano segni fisici tali da indicarci una chiara ripetizione del processo tubercolare nei polmoni, pure ciò potrebbe succedere in seguito, senza punto sorprenderci.

Considerazioni. — Dopo tutto quello che precede, fare ora delle considerazioni a parte, sarebbe lo stesso che ripetersi. Mi limiterò, per ciò, a riassumere i punti più degni di ricordo della presente osservazione.

Secondo me, questo caso è interessante,perchè costituisce una osservazione, fino ad un certo punto, autentica di tubercolosi laringea primaria, meritevole d'essere pubblicata, attesa la rarità di casi consimili; esso, inoltre, dimostra a qual grado di difficoltà può, talvolta, giungere la diagnosi di tubercolosi laringea. In vero, qui, le difficoltà si sono presentate fin dalla storia anamnestica, la quale ha registrato, fra altro, dei dolori ossei persistenti anche di notte (dolori osteocopi della sifilide costituzionale?), susseguenti ad una ulcera del pene, guarita presto e senza postumi ecc.; ma una maggiore difficoltà diagnostica si è accentuata nel decorso del male, in vista dell'efficacia, sebbene momentanea, del trattamento antisifilitico, ed è divenuta più complessa dopo il risultato negativo delle varie indagini per la ricerca del bacillo di Koch, prescindendo, s' intende, dall'esame istologico esauritosi più tardi in senso favorevole. A principio: la sede, la forma e l'aspetto della lesione laringea parlavano per un infiltrato gommoso, idea che venne avvalorata, sebbene per poco, dai benefici effetti del trattamento antisifilitico; in seguito, la stazionarietà prima ed il progredire della lesione, poi, fecero sospettare una simbiosi sifilitico-tubercolare, o più semplicemente una localizzazione tubercolare nella laringe; allora si procedette in varie indagini scientifiche per accertare la presenza, o meno, del bacillo tisiogeno, ma i risultati negativi che se ne ricavarono, misero ancora in forse la natura tubercolare. Alla fine, il solo esame istologico chiarì la vera natura del male, ed il diagnostico venne suggellato dal buon esito dell'acido lattico, previo raschiamento: cura, che è ritenuta dalla maggioranza dei laringologi quasi come il trattamento specifico di simili casi.

Ed ora non mi resta che riportare testualmente, insieme alla figura, il reperto del Martuscelli.



Con pinze adatte, essendo stati asportati varii piccoli pezzi di tessuto, con alcuni di essi si fecero preparati batteriologici (per schiacciamento fra due vetrinì) per la ricerca dei bacilli tubercolari; ma, comunque colorati, dettero risultato completamente negativo. E pure negativa riuscì l'iniezione in una cavia.

I pezzetti più grandi furono fissati direttamente in alcool assoluto e da essi, dopo i comuni passaggi per la inclusione in paraffina, si ottennero numerose sezioni, sulle quali si eseguirono sia le colorazioni per la ricerca dei bacilli di Koch nei tagli al microtomo, sia quelle alla ematossilina ed eosina od al carminio onde poterne studiare la struttura istologica.

Fissai le sezioni, prima di sottoporle a qualsiasi colorazione, con acqua distillata sui coprioggetti, che lasciai per 24 ore nel termostato a 37° per fare evaporare lentamente e del tutto l'acqua ed avere così una sicura adesione del preparato sul vetrino.

La ricerca del bacillo tubercolare, pur avendola varie volte ripetuta e con varii metodi, fu anche negativa; terremo adunque parola solamente del reperto istologico.

Esaminando i varii preparati, si nota:

1°) Un rivestimento epiteliale, in gran parte continuo e formato da epitelio pavimentoso stratificato; questo epitelio manda alcune propagini nel connettivo sottostante, le quali, però, sono in numero scarso ed hanno digitazioni appena abbozzate. Pel rimanente nulla v'è degno di nota.

2° Un connettivo di stroma, tutto occupato da una infiltrazione parvicellulare così fitta, da permetterne soltanto in punti limitati l'esame. Le fibre connettivali sono molto sottili ed alquanto divaricate fra loro; nello stroma istesso si notano varie sezioni di lacune linfatiche e di capillari tutti con uno stratarello endoteliale assai evidente. In quasi tutti i preparati, poi, si rilevano sezioni di lumi-glandolari, ad epitelio cilindrico, ed a lume sempre pervio. (fig. 3ª). Ma ciò che è di maggiore interesse, a notarsi è: una infiltrazione di leucociti i quali si dispongono così da formare tanti tubercoli limitati nettamente fra loro e contenenti — quasi tutti—cellule giganti di varie dimensioni (fig. 1ª.).

Se si esamina uno di questi tubercoli a forte ingrandimento, si riconoscono ancora meglio lo strato linfoide e quello epiteliode che circondano le cellule giganti, ed in queste, poi, la

disposizione dei nuclei verso un lato o verso i poli, la disgregazione del protoplasma, ecc., (fig. 2ª.).

Per quanto in varii altri casi esaminati, l'ulteriore evoluzione della malattia ci avesse convinti d'essersi — come prima il microscopio avea fatto rilevare — trattato veramente di lesioni tubercolari, pure una tale conferma fu quì, direi, rivelatrice, ***non avendo mai avuto a rilevare, nelle precedenti osservazioni, un tessuto formato da soli tubercoli, come in questo caso.***

Ed essendomi occupato di recente del vario modo di presentarsi, allo esame istologico, delle lesioni tubercolari primarie della laringe, non credo di ripetere ora, quanto sarà pubblicato in altro periodico.



SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

1° Aspetto a piccolo ingrandimento del tessuto asportato (varii tuber coli sotto-epiteliali).

2° Tubercolo a forte ingrandimento: Zeiss 3[F

3° Sezioni di lumi glandolari.

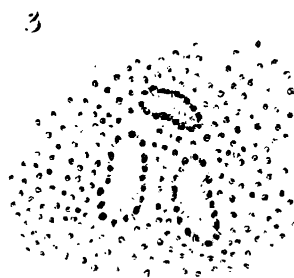
1



2



3



Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal prof. F. Massei

RESOCONTO STATISTICO

DELLE

OSSERVAZIONI CLINICHE

seguite da ricerche istologiche, batteriologiche e sperimentali

fatte durante l'anno scolastico 1896-97

dal Dott. GIULIO MARTUSCELLI, Assistente

Le lesioni che richiesero l' intervento operativo con asportazione di tessuti a scopo di diagnosi o di cura, per gl'infermi del nostro ambulatorio durante quest'anno scolastico, ascendono al numero complessivo di 53. Tra queste vanno compresi pochi casi nei quali non si procedette ad alcuna manovra chirurgica o perchè vi si rifiutarono gli ammalati, o perchè da noi creduta inutile.

Di alcuni infermi mi potetti procurare le notizie; di due decessi, i pezzi necroscopici; di altri, per quanta voglia vi avessi spesa, mi fu impossibile seguire le tracce. Siccome ad ogni asportazione di tumore o di tessuto di altra natura seguì sempre l'esame microscopico, non starò a far qui la descrizione di ogni singola osservazione; invece tratterò per sommi capi della maggior parte, soffermandomi più a lungo là ove il bisogno il richieda e l' importanza del reperto giustifichi il diverso procedere.

Ecco come si presentano, raggruppate per sede, queste 53 osservazioni:

SEDE	*a*) naso	regioni esterne	1
		fosse nasali	26
	b) cavo naso-faringeo	tumori	4
		vegetazioni adenoidi	3
	c) tonsille e pilastri		1
	d) lingua		1
	e) laringe	epiglottide	1
		seno di Morgagni	1
		corde vocali	12
		regione ipoglottica	1
		cartilagini	2
		Totale delle osservazioni	53

Le medesime, poi, le divideremo per la regione delle fosse nasali in due gruppi: *a) tumori; b) riniti pseudo-caseose;* e per la laringe in: *a) tumori; b) forme tubercolari e lupose; c) peri condriti.*

NASO

REGIONE ESTERNA

Sulla regione esterna del naso un sol tumore ci fu dato riscontrare. Si trattava di un epitelioma, del decorso di un anno, in una donna a nome Santobuono Chiara, da Giugliano, di buona costituzione, di anni 70. Per l'estensione della neoplasia non era possibile per noi ricorrere ad una cura chirurgica, poichè, come è noto, manchiamo d'una sala con letti ed in casi di urgenza fummo costretti in questo anno a ricorrere alla cortesia del prof. de Amicis, perchè qualche operato di tracheotomia fosse accolto nella sua clinica.

I tumori che si localizzano sul dorso del naso sono a preferenza a triste indole: tra questi tiene il primo posto il carcinoma. Noto semplicemente che ebbi, l'anno passato, l'occasione di asportare sul tavolo anatomico da due cadaveri dell'ospedale di Loreto, ove è settore il prof. de Ritis, che gentilmente mi permetteva di assisterlo, una volta un papilloma che dalla glabella si estendeva sino alla rima palpebrale interna, dal lato destro, e che aveva la grandezza e la forma di una moneta da cinque franchi, ed un' altra volta una cisti sebacea abbastanza grossa, della forma di un torlo d'uovo.

Ultimamente m'è stato inviato, con cortese pensiero, dal dottor Martone un carcinoma del setto che avea invaso la regione del lobulo e le due pinne.

Per lo più sono piccoli nèi pigmentati che degenerano in tumore maligno: comunque, non sono frequenti a riscontrarsi, in paragone alle altre regioni, i tumori localizzati e perfettamente circoscritti al dorso ed ai lati del naso.

La diagnosi di carcinoma fatta pel tumore osservato nell'ambulatorio fu semplicemente clinica: sia perchè i caratteri generali della neoplasia non ammettevano alcun dubbio, principalmente sulla malignità della lesione, sia anche perchè credemmo meglio lasciare che l'inferma ricorresse direttamente alla asportazione radicale, senza compromettere con una asportazione parziale, non necessaria per nostro conto, l'andamento della malattia.

Cavità nasali

I tumori osservati erano impiantati tutti sui cornetti; nessuno sul setto.

Essi furono in numero di 26, così ripartiti: mixomi 9; adenomi 4; fibromi 4; papillomi 1; sarcomi 5; carcinomi 3.

Mixomi

I mixomi nasali si sono riscontrati maggiormente in giovanette dell'età dai 14 ai 25 anni, di costituzione buona, e che solamente qualche volta presentarono le note del linfatismo. Le due narici colpite egualmente e mai zaffate in modo da impedire la respirazione.

Il decorso di questi tumori è sempre molto vario, perchè si riproducono facilmente e quindi si avvera il caso di ammalati che per lungo tempo frequentano il dispensario onde essere volta a volta operati di asportazione di tumori per lo più piccoli.

Il loro impianto è stato sempre sui due primi cornetti e sul meato medio; la loro grandezza raggiunse quasi sempre quella d'un chicco d'uva. Tali tumori, dal colorito roseo-pallido, a superficie liscia, con bordi arrotondati, trasparenti e tremolanti, erano liberi di aderenze con le parti vicine, avevano quasi tutti un peduncolo lungo e sottile e si poteano con lo specillo comunicare loro tutti i movimenti.

Istologicamente considerati, essi non si sono mai presentati come mixomi puri; più spesso il loro carattere microscopico era quello di un mixo-adenoma. In uno di essi, al centro ho riscontrato della cartilagine; buona parte apparteneva pure alla categoria dei mixo-fibromi, mentre che in un altro si trattò di mixo-sarcoma. Quest'ultimo è descritto nei sarcomi.

Soltanto in un ammalato, a nome Aprea, ho potuto osservare un tumore fatto esclusivamente da un reticolo connettivale lasco e sottile, con cellule stellate o ramificate, con entro le maglie un tessuto amorfo, mucoso, e cioè un mixoma puro; negli altri 8 tumori questi caratteri ora descritti erano i predominanti, vi si notavano però, inoltre, i particolari più su cennati.

Della facile trasformazione sarcomatosa di questi tumori ho trattato nel mio ultimo lavoro sui *sarcomi nasali* e perciò fo a meno di ripetizione.

L'irrorazione sanguigna in essi non fu mai rilevante; ciò spiega perfettamente la quasi assoluta mancanza di emorragie alla loro

estirpazione. Le glandule, spesso vi si notano: ora senza che assumano alcuna importanza, ora così abbondanti da dare un carattere particolore al tumore.

Il rivestimento epiteliale dei mixomi è sempre completo; alcune volte al di sopra dello stesso può trovarsi qualche deposito di muco assai tenace, che rimane in sito anche dopo tutti i trattamenti necessarii pei preparati istologici. Relativamente alla innervazione di questi, come degli altri tumori, non credo poter far cenno, essendo i miei studii al proposito ancora poco numerosi e poco completi.

Adenomi

Di essi si è occupato, sotto la mia direzione, l'anno decorso, nel nostro gabinetto, il dott. Salvatore Saitta per la sua tesi di laurea. Mi avvalgo, perciò, in gran parte, per la descrizione degli adenomi, del predetto lavoro pubblicato nel fas. 4° di questi *Archivii*, anno 1897.

Questi tumori si sono riscontrati in individui, la cui età variava dai 10 ai 60 anni, ed in maggioranza di sesso femminile.

Essi, come caratteri particolari, differiscono poco dai mixomi, perchè, come questi, sono a preferenza impiantati sul cornetto medio e possono occupare una sola fossa nasale o tutte e due. Di numero variabile, hanno ordinariamente la grandezza di una nocciuola; e quando hanno impianto alla parte posteriore del cornetto medio, possono sporgere dall' orifizio posteriore delle coane. Di forma liscia, a volte lobulata, hanno un colorito rosso pallido, oppure grigiastro o grigio-biancastro. Di consistenza piuttosto molle, spesso oscillano nelle cavità nasali essendo attaccati a lungo peduncolo.

Istologicamente presentano i seguenti caratteri:

a) il rivestimento epiteliale è, a seconda del punto d'impianto, cilindrico o pavimentoso stratificato. In quei tumori ad epitelio di rivestimento cilindrico, questo si presenta, per buona parte della superficie, pavimentoso e ciò, secondo Tillaux, è dovuto alla infiammazione che trasforma l'epitelio cilindrico in pavimentoso.

Alcune volte l'epitelio dà al tumore un aspetto decisamente papillare, come nei casi descritti da Hopmann, il quale li chiama adenomi papillari.

c) Il tessuto glandolare è fatto da sezioni di acini e di dotti escretori, che in varii punti si mostrano enormemente dilatati.

c) Il loro stroma è formato a preferenza da connettivo fibroso

o mixomatoso, in modo da dare le varietà di fibro-adenoma e mixo-adenoma. In certi adenomi i vasi si sono presentati così abbondanti, da far assumere al preparato un aspetto telangettasico addirittura. Questo carattere istologico ha la sua importanza dal punto di vista della osservazione clinica, poichè, siccome il loro colorito può essere bianchiccio e per l'abbondanza dei vasi possono facilmente sanguinare, è assai possibile confonderli con tumori di natura carcinomatosa, metaplasia per altro facile ad avverarsi.

Fibromi

Questi tumori vengono per frequenza, come gli adenomi, dopo i mixomi. Essi, come carattere istologico, presentano molto spesso quello del fibroma molle, cioè di quella varietà dalle fibre delicate e divaricate da un liquido molto trasparente; presentano perciò una retrattilità della massa allorchè vengono sezionati. Sono generalmente piccoli, rotondi; hanno cioè, quasi sempre la grandezza di un cece o poco più. Si riscontrano a preferenza in individui giovani e nelle donne. Le quattro osservazioni nostre di quest' anno appartenevano a giovani donne dai 21 ai 34 anni. La costituzione delle operate era quasi sempre lodevole; la narice in cui erano impiantati, mai era occlusa perfettamente ed il loro decorso fu di un anno a due. Il loro impianto è di preferenza sul cornetto malare o sul setto, e sono, allorchè hanno il carattere decisamente fibroso, sessili, affatto opachi e di una consistenza non sempre notevole. Vi è totale mancanza di fenomeni collaterali e degenerano, meno facilmente dei mixomi, in sarcomi.

La superficie esterna è liscia, interamente rivestita da mucosa; la superficie di sezione mostra il noto colorito bianco-roseo; alcune volte vi s'osservano — macroscopicamente — dei vacuoli. In un caso, anzi, e propriamente nella giovane Anna Ferraro (n. 100, Reg. A., 1897), la quale presentava un tumore al limite della coana di destra, impiantato sul cornetto medio, questo tumore, spaccato per metà, si mostrò vuoto, presentando una considerevole cavità, onde avea l'aspetto di una cisti dalle pareti spesse circa 3 millimetri.

Vanno aggiunte qui quelle forme di ipertrofia della schneideriana che alcune volte assumono l'importanza di vera neoplasia e che s'iniziano come riniti ipertrofiche. In queste ultime è facile, più che nei veri tumori, la trasformazione maligna, la quale si avvera certe volte in tempo assai breve. Così avvenne pel

giovane d'Elia Adolfo, di anni 21, di buona costituzione, il quale, soggetto da bambino a continui catarri nasali, venne all'ambulatorio per rilevanti epistassi. Notammo rinite ipertrofica e fu operato, onde liberare la narice dalla occlusione, dell' asportazione di un pezzetto di mucosa che al microscopio presentò le note di una semplice infiammazione. Dopo pochi mesi, ripresentatosi l'infermo, notammo ancora gli stessi fatti di poco aumentati; ma, invece, un pezzetto di tessuto asportato nuovamente presentò questa volta, ed in modo assai preciso, i caratteri del sarcoma fuso-cellulare.

I fibromi nasali bene spesso si accoppiano al tessuto glandolare o mucoso dando così fibro-adenomi e fibromixomi. I vasi non raggiungono mai grosse proporzioni di numero e di volume, ma non scarseggiano neppur mai.

Papillomi

Assai più raro dei precedenti tumori esaminati si è mostrato il papilloma delle fosse nasali. Esso, poco differente per caratteri clinici dal mixoma, dall' adenoma e dal fibroma, presenta solo qualche volta la superficie frastagliata; quando è così, la diagnosi clinica riesce facile; in caso contrario, come in quello osservato, soltanto il microscopio può fare la luce.

Mi piace notare che nel caso in esame, si trattava di una donna a 40 anni, di buona costituzione, la quale soffriva di ostruzione nasale da varii mesi; fu operata di ben 10 piccoli tumoretti, quasi tutti della grandezza di un cece, dei quali un solo era un papilloma. Coincideva colla presenza dei tumori la pseudorinite caseosa ed è perciò che terremo ancora una volta parola dell'istessa ammalata.

I papillomi possono subire la metaplasia in carcinoma, sebbene non di frequente, come abbiamo potuto osservare in varii anni di ambulatorio.

I caratteri istologici presentano poche particolarità quanto a differenza di struttura tra' diversi tumori di questa natura, onde crediamo inutile soffermarci oltre sul medesimo argomento.

Sarcomi

I sarcomi del naso sono, fra i tumori a triste indole, di una frequenza maggiore; però, come si rileva dalla letteratura raccolta nel mio lavoro, le osservazioni seguite da completo studio clinico ed istologico, comprese le mie, sono ancora assai poche,

e così a colpo d'occhio si può giudicare, poi, come essi, in paragone ai tumori in genere, non si presentino così spesso come potrebbe sembrare.

È possibile, per altro, visto che non tutti i rinologi si sono data premura di esaminare i tumori asportati, come per esempio Mackenzie confessa esplicitamente, che questa rarità sia data dalla scarsa osservazione microscopica. Poichè il loro decorso, come quasi tutti i sintomi subiettivi ed obiettivi sono comuni al resto dei tumori di queste cavità, è da annettere, per la diagnosi, una importanza molto più seria alle rinorragie che bene spesso accompagnano l'insorgere di siffatti neoplasmi. Altri caratteri importanti sono, allora che fortunatamente vi esistono, gli accessi di asma che si riscontrano quando questi tumori assumono un volume rilevante e le fitte dolorose che in certi periodi del loro accrescimento sono assai persistenti.

Sul colorito bisogna far poco assegnamento: è vero che dev'essere a preferenza di un rosso piuttosto scuro, ma d'altronde noi lo riscontrammo ancora in altri tumori affatto benigni e, poi, esso è conseguenza per lo più delle concomitanti epistassi le quali, benchè di grande momento per la diagnosi dei sarcomi, se sono frequenti ed abbondanti, possono pure manifestarsi durante lo sviluppo di un qualsiasi tumore ed il sangue rapprendersi sulla superficie del medesimo, onde il colorito rossocupo che trae in inganno.

Inoltre, è molto più dei tumori maligni che di qualsiasi altro la deformazione scheletrica del naso; questa però sopraggiunge ad una fase inoltrata e soltanto possono anche produrla il fibroma naso-faringeo e la rinite caseosa.

Tuttavia, i miei preparati mi convinsero che in questo secondo caso, quasi costantemente si trattava di fibro-sarcomi.

Istologicamente considerati, essi si presentano sotto tutte le varietà di struttura e cioè di sarcomi fuso-cellulari, globo-cellulari, encefaloidi, telangettasici, ecc. La maggiore frequenza però è quella del tipo endoteliale, ciò che spiega pure il perchè questi tumori non assumono sempre proporzioni considerevoli, nè producono conseguenze temibili.

Fra le cinque osservazioni di sarcomi occorse quest' anno e da me pubblicate, avemmo la fortuna di poter riscontrare alcune forme non comuni. Essi si sono presentati generalmente con un decorso di due a tre anni, negli ammalati dell'Ambulatorio, tutti con impianto sui cornetti, per lo più a destra, ed in individui dell' età di 23 a 66 anni, tanto uomini che donne.

Sono poi quasi sempre metamorfosi di tumori preesistenti.

Carcinomi

Il carcinoma viene, per frequenza, dopo del sarcoma. Esso nel naso è ordinariamente secondario a carcinoma dell'antro o delle parti limitrofe, oppure rappresenta la metaplasia di adenomi o papillomi preesistenti.

Fra i tumori raccolti da me ed esaminati in tre anni di ambulatorio, solo una volta ho potuto osservare tumoretti che, asportati tutti da una stessa narice, risultarono di struttura carcinomatosa.

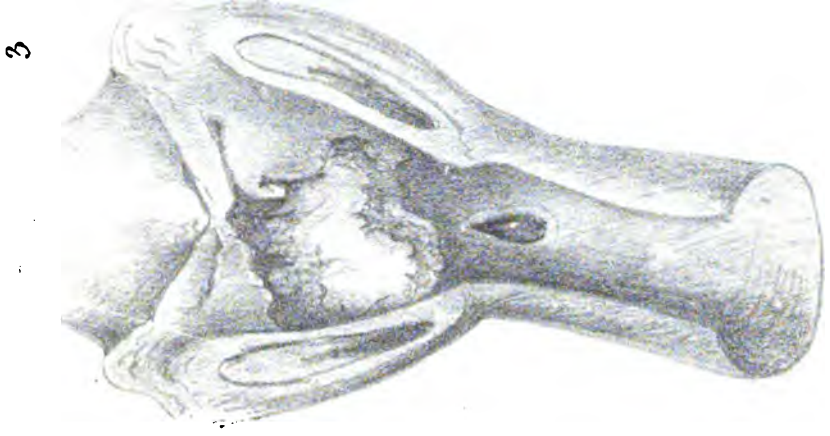
Vi è per questa specie di neoplasia un carattere clinico che quasi mai manca alla ispezione: intendo dire del colorito che assume il tumore, in tali casi. Esso, prima di tutto, perde affatto la trasparenza, e poi diventa bianco-grigiastro, alcune volte quasi madreperlaceo e sanguina al più lieve toccamento.

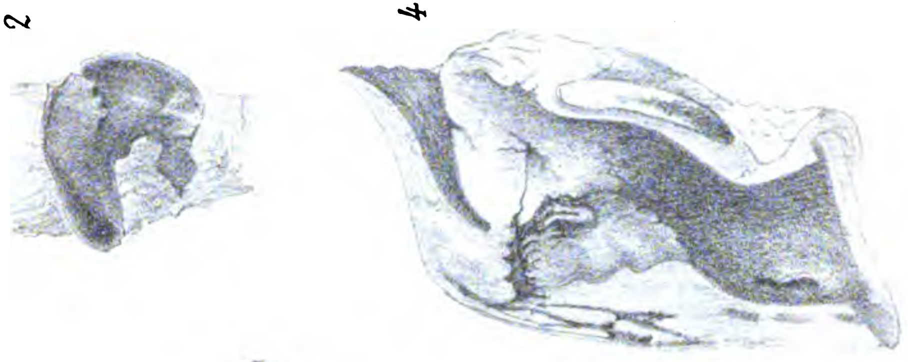
La consistenza è assai varia, poichè da molle, arriva a resistente come osso, anzi in alcuni casi il tumore, allora quando si mostra più o meno disfatto, ulcerato, presenta la superficie molliccia, mentre che approfondendo lo specillo, si avverte una durezza considerevole.

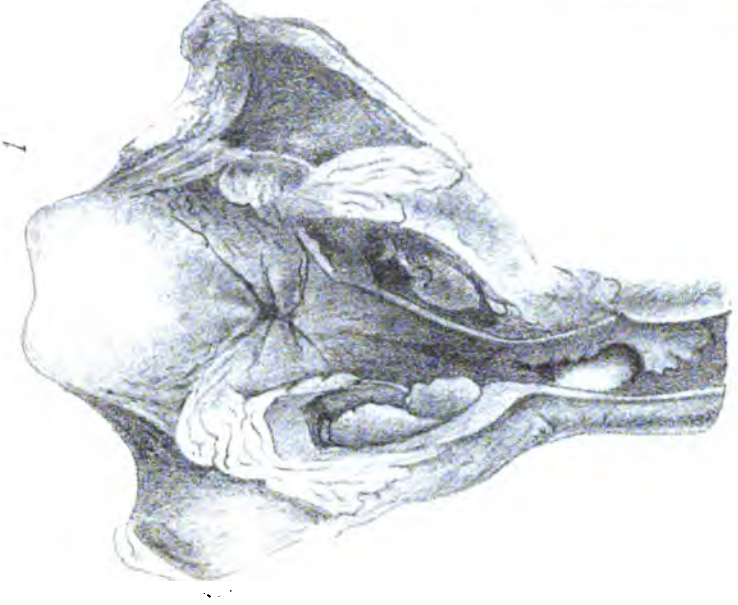
Oltre ai caratteri descritti del colorito, del facile sanguinare e della consistenza, ve n'ha un altro che, come e più che nei sarcomi, è assai costante: e cioè le fitte dolorose che mai lasciano l'infermo assolutamente libero e che più d'ogni altra cosa gli danno tortura.

I carcinomi, rispetto a sede, sono, direi, esclusivamente dei cornetti, maggiormente dell' inferiore e del meato medio. Ecco la ragione per cui, siano primarii o secondarii, si osserva facilmente che l'antro è anche interessato, giacchè è noto come il sepimento tra meato ed antro sia in gran parte formato da semplice mucosa, la quale chiude due delle aperture che trovansi presso l'apofisi unciniforme, mentre l'altra restando beante forma il punto di comunicazione fra la fossa nasale ed il corrispondente antro di Highmoro.

I carcinomi nasali osservati questo anno sono in numero di tre, dei quali uno in un uomo a 52 anni e gli altri in due donne tutte e due tra 70-75 anni; uno a destra e due a sinistra. Tutti e tre gli ammalati presentavano diffusione del processo all'antro corrispondente; per tale ragione furono operati della asportazione di un pezzetto della neoplasia a scopo diagnostico, e, confermata così la diagnosi, rinviati alle cliniche chirurgiche.







Martuscelli dis. A. Serino-Napoli

Egli avea nome Coppola Aniello, di anni 32, da Marano. Entrò nell' ospedale degl' Incurabili per essere operato di tracheotomia dietro consiglio del prof. Massei, il quale avea notato: *laringostenosi di origine dubbia, con infiltrazione delle aritenoidi*

L' infermo avea respirazione stertorosa, era cianotico e febbricitante. Fu operato quasi agonizzante, tanto da dover praticare iniezioni di etere e caffeina ed inalazioni di ossigeno. Appena introdotta la cannula in trachea, fuoriuscì muco abbondante, fetido e sanguinolento. L'infermo morì con fenomeni di setticemia.

L' autopsia rilevò sulla parete anteriore della trachea, immediatamente al disotto della laringe, una larga lesione di continuo con margini e fondo gangrenosi, icorosi.

Nelle pareti della laringe si notava la esistenza di un grosso sequestro osteo-cartilagineo, circondato da tessuti necrotici e da icore, senza apertura nella cavità interna.

Al disotto v'era la lesione chirurgica degli anelli cartilagini della trachea, con penetrazione di icore. La diagnosi anatomica fu di « condrite e pericondrite laringea, con sequestro e suppurazione icorosa. » (v. la tavola, fig. 1 e 2).

L' esame istologico da me praticato rilevò infiltrazione edematosa enorme delle aritenoidi e delle false corde; normali i caratteri istologici delle altre porzioni della laringe, e soltanto distruzione quasi completa della cartilagine cricoide con il pericondrio ispessito enormemente e necrotico in corrispondenza della cartilagine. V'era necrosi della ferita tracheale.

Questo caso conferma come ci fossimo perfettamente apposti alla diagnosi clinica, mentre che l'altro, riguardante l'ammalato Fele Vincenzo, attualmente guarito, serve per confermarci come in certi casi la intubazione, scelta con senno, favorisca oltremodo la guarigione.

L'esame dell'espettorato, le inoculazioni di pezzetti asportati nelle cavie, l'esame bacillare su pezzetti di tessuto, a fresco o sui tagli a microtomo, con risultati sempre negativi, dimostrano come in queste lesioni sia necessario avvalersi maggiormente e forse unicamente del reperto istologico.

Difatti, dei pezzetti asportati in ogni individuo, riserbammo sempre una metà per le ricerche istologiche, ed abbiamo costantemente notato la presenza di tubercoli sotto-epiteliali in vario numero, e qualche volta perfino abbondanti, come nella Casamento ed in un ammalato a nome Petrilli (1).

Come particolare importante mi piace notare che la struttura di queste tumefazioni specifiche può assumere la forma di papillomi, che debbono essere ritenuti di origine tubercolare per la presenza dei tubercoli o di cellule giganti.

Accennerò come ciò oggi formi l'argomento di speciali mie ricerche sperimentali, di cui farò cenno in una prossima occasione.

Resta quindi stabilito, che innanzi ad ammalati nei quali l'esame fisico risulta completamente negativo per la tubercolosi, come ancora gli esami bacillari e le inoculazioni negli animali, non bisogna omettere mai quello istologico dei tessuti asportati, se coscienziosamente vogliamo indagare la natura del morbo (2).

Pericondrite

Due osservazioni ci sono occorse quest'anno di simili affezioni, una in un sifilitico, l'altra in un individuo affetto da bronchite cronica da tre mesi e sul cui conto non possiamo ammettere con certezza nè tubercolosi, nè sifilide. Del primo, si è occupato, nel n. 3° del nostro giornale del passato anno, il collega dottor Damieno, ed è perciò che parlerò semplicemente dell' altro.

---

(1) V. l'articolo del Dott. Trifiletti, in questo stesso fascicolo.

(2) Ho voluto sperimentalmente riprodurre la tubercolosi primaria della laringe, inoculando, in varii modi, materiale tubercolare (espettorato o cultura pura) nella laringe. I risultati finora non mi permisero di detrarre qualsiasi conclusione dai miei esperimenti; però credo d'aver ottenuto un caso affermativo in un ultimo coniglio in questi giorni operato; ma non avendo potuto ancora praticare l'esame istologico delle parti asportate — essendo già composto l'articolo—m'è piaciuto farne soltanto cenno. Di questi esperimenti e della diagnosi istologica della tubercolosi laringea tenni parola al 3° Congresso di Laringologia tenuto in Roma in questo novembre u. decorso. Del mio lavoro si troverà un sunto in questo istesso numero del giornale (v. Resoconto della Società Italiana di Laringologia), e sarà per esteso pubblicato nell' *Archivio italiano di Otologia, Rinologia laringia*, edito a Torino.

Emmanuele Mazzucchi, di anni 71, da Napoli; era ammogliato, maestro di musica. Da cinque anni aveva notato un leggiero abbassamento di voce con respirazione poco difficoltata. Da un mese questi fatti avevano assunto una gravezza tale, da richiedere di urgenza la tracheotomia, che fu consigliata all' infermo dal prof. Massei, il quale, consultato nel suo studio dall' ammalato, fu per vederlo quasi morto per un violento accesso di soffocazione sopraggiunto nel mentre l' osservava. L' ammalato immediatamente domandò ricovero nell' ospedale degl' Incurabili e fu operato di tracheotomia dal prof. Lupò. Il prof. Massei aveva rilevato, all'esame, tutta la cavità laringea bloccata da una massa nerastra, parte della quale aveva asportato nella speranza di favorire alquanto la penetrazione dell'aria nella laringe, scopo riuscitogli perfettamente, poichè l'infermo potette così, senza pericolo di ulteriori accessi di soffocazione, mettersi in movimento per cercar ricovero nell'ospedale. Operato e guarito della operazione, ne uscì per ritirarsi in famiglia e ogni tanto veniva da noi a farsi osservare, sperando sempre in una miglioria. Dopo quattro o cinque mesi, sapemmo dal figlio come il vecchio Mazzucchi fosse morto da poco tempo. L'esame istologico del pezzetto asportato dal prof. Massei rilevò, come anche qui si fosse trattato di un tumore carcinomatoso a tipo epiteliale.

Riassumendo ora questi casi occorsici, si rileva come in essi lo sviluppo sia stato rapido, la diffusione enorme, ed i caratteri istologici completamente identici.

Tubercolosi e lupus

Riuniamo queste lesioni, sia per la poca differenza che fra loro esiste, sia perchè, e principalmente, noi intendiamo occuparcene solo dal punto di vista della diagnosi istologica, la quale, essendo negativi tutti gli altri dati, ci fece conoscere nei varii casi il morbo con cui avevamo a fare, e ci permise di adottare un sistema curativo che, come nella bambina a nome Casamento, diede dei frutti che sorpassarono di gran lunga quelli sperati. Questi tre casi, due di tubercolosi delle aritenoidi ed uno di lupus della epiglottide, si presentarono, i primi in due ammalati dell'età dai 40 ai 65 anni, l'ultimo nella bambina undicenne a nome Casamento.

I sintomi presentati da questi tre infermi furono i soliti dell'afonia e della dispnea, in vario grado in ognuno, assieme ai dolori nella deglutizione.

bondante fuoriuscita di pus coi colpi di tosse, ci fece sospettare un processo endo-tracheale, non escludendo una neoplasia a rapida evoluzione; raccomandammo in tutti i modi all'infermo di farsi operare di tracheotomia, non solo per scongiurare i pericoli dell'asfissia, ma anche per chiarire la diagnosi. Il ganglio sottomascellare destro si presentava ingorgato. L'infermo fu ricoverato agli Incurabili nella sala del prof. Romano, dal quale fu operato di tracheotomia.

Dopo qualche giorno dall'operazione, l'infermo morì senza poterne attribuire la causa alla operazione fatta e fu perciò domandata dall'operatore l'autopsia. Questa fece rilevare che l'infermo era morto per pulmonite *ab-ingestis*. Potetti, inoltre (poichè appartenni al gabinetto anatomico dell' ospedale Incurabili, diretto dal prof. Armanni) asportare la laringe, ed apertala dal suo lato posteriore, notare la sede e la estensione del tumore. Asportai pure il ganglio di destra. Riferisco brevemente le note necroscopiche della laringe.

Apertala, come s' è detto, per di dietro, si notava, per tutta la estensione della porzione ipoglottica, sino a poco meno d'un centimetro dalla incisione praticata per la tracheotomia, una massa di colorito bianco latteo che, limitata con bordi rilevati e arrotondati, si espandeva lateralmente sin quasi all' attacco posteriore delle corde vocali, descrivendo così, per ogni lato, una linea curva diretta da avanti in dietro e di basso in alto, confondendosi con l'attacco posteriore e col bordo inferiore delle corde.

Di queste era conservata la dritta, solo per la metà posteriore; il resto di essa, come quasi tutta la sinistra, erano rappresentate da una massa necrotica enormemente fetida, la quale veniva a brandelli fra le branche della pinza se si tentava di asportarla. Tuttavia si poteva vedere come la regione delle corde vocali era tumefatta del triplo, come pure grosse e prominenti nel lume laringeo erano le false corde (v. la tavola, fig. 3 e 4).

Si aggiungeva una enorme infiltrazione sierosa delle aritenoidi e dei legamenti ari-epiglottici, che così immobilizzavano la epiglottide e spiegavano, più del bisogno, la rilevante dispnea.

L' esame microscopico dei preparati fatti in corrispondenza delle corde vocali vere, delle false corde e della massa ipoglottica, fece rilevare, in tutti questi varii punti, una struttura carcinomatosa dal tipo epiteliale, mentre che i preparati del ganglio di destra presentarono più l'aspetto del cancro scirroso.

L'altro ammalato, di cui abbiamo rilevato la morte, venne a consultarci il 19 novembre 1896 al dispensario. Egli avea nome

argenteo, dentato, simile ad una gelsa bianca, che occupava tutta la superficie superiore della corda.

Negli altri due, per la piccolezza estrema del tumore, si ricorse al raschiamento ed all'acido lattico.

Fibromi

I fibromi laringei li abbiamo notati in due individui di cui uno aveva l'età di 31 anno, l'altro di 57. Come sintomatologia non differiscono assolutamente dagli altri tumori di queste località, poichè il loro volume non è mai esagerato e non intercettano che di poco la libera funzione delle corde vocali. Sono più confondibili coi tumori amiloidi, ai quali possono rassomigliare per colorito, forma e grandezza. Essi, dal punto di vista istologico, possono presentare le seguenti varietà:

1° Fibromi cistici (*molli*), i quali sono formati da tramezzi connettivali molto laschi, riempiti da una sostanza semiliquida ed hanno sempre un rivestimento epiteliale completo. Questi spazii cistici presentano internamente uno straterello di un semplice ordine di cellule, che somigliano perfettamente ad un rivestimento endoteliale; la sostanza contenuta fra queste maglie ha tutta l'apparenza di una sostanza linfoide.

2° Fibromi puri (*duri*) rappresentati da un tessuto connettivale compatto, fra le cui fibre alcune volte sono varie sezioni di vasi di diverso calibro, ed alcune volte si notano versamenti sotto epiteliali, mai considerevoli, allorquando vi si producono. L'epitelio di rivestimento è sempre continuo ed il loro colorito roseo: l'impianto di questi tumori è fatto su larga base.

Carcinomi

In quest' organo abbiamo notato tre carcinomi, di cui due delle corde vocali, uno del seno di Morgagni. Gli ammalati, tutti di sesso maschile, avevano l' età dai 65 ai 72 anni. Attualmente due di essi sono morti, del terzo non sappiamo nulla, poichè, presentando un carcinoma infiltrato delle aritenoidi, corde vocali, ecc., cioè di tutta la laringe, fu rimandato perchè inoperabile. Uno dei due altri ammalati e propriamente Migliaccio Raffaele, di anni 72, operaio, da Napoli, venne al dispensario il 12 decembre 1896, per rilevante dispnea ed afonia. La malattia, a quanto assicurava, durava da un anno; all'esame della laringe notammo: laringostenosi da infiltrazione bilaterale delle corde, fisse in fase di fonazione. Questo ultimo fatto, insieme all' ab

passata da quest' ultimo tumore che assumeva forma e dimensione di un chicco d'uva.

Riferisco l'interessante, per quanto breve storia della inferma.

Castellano Rosa, di 45 anni, maritata, da Napoli, ammalata da circa 2 anni, era affetta da tosse ed avvertiva un senso di costrizione alla laringe. Presentatasi all'ambulatorio, prima che fosse osservata, fece subito impressione il tipo di respiro che s'avvertiva a distanza, e volendo rendere in qualche modo la sensazione acustica rilevata, potrei dire che parea come se una valvola si opponesse alla libera uscita dell' aria; poichè, già a tutta prima, si notava come le inspirazioni fossero facilissime e normali. All' esame laringoscopico si vide che il tumore, dalle proporzioni già notate, faceva ernia fra le corde vocali, presso la commessura posteriore, nella espirazione, per poi nascondersi nuovamente alla successiva inspirazione. La diagnosi clinica fu di un tumore benigno della superficie inferiore della corda destra, verso il suo attacco all'apofisi vocale, e di probabile fibroma, non escludendo la possibilità di trovarvi della sostanza amiloide. Le reazioni messe in atto per ricercare quest' ultima, risposero tutte nel più chiaro modo desiderabile.

I varii reperti microscopici ottenuti in questi quattro miei casi confermano sempre più che bisogna attenersi, per l'interpretazione della formazione di questa sostanza, alla dottrina del Rudnew, poichè quasi sempre — osservando bene — si tratta di degenerazioni miste.

Papillomi

Questi, anche nella nostra statistica, formano il maggior numero dei tumori laringei asportati. Essi si sono presentati in individui di tutte le età e dei due sessi, non raggiunsero mai un volume considerevole e finora in un solo dei 4 operati si ebbe riproduzione. I loro caratteri istologici furono sempre assai netti, in modo che mai dubitammo di possibili forme carcinomatose iniziali o di trasformazione nelle medesime.

Solo sintoma comune fu la disfonia e, qualche volta, una leggera dispnea. In una inferma si rilevava una escrescenza frastagliata (framboesiaca), che veniva operata con la pinza König. Tra i varii casi, vanno compresi una donna, operata di papillomi laringei or son parecchi anni e che ripresentava ancora simili tumori all'angolo di commessura delle corde, ed un guardaboschi a 58 anni, cui si asportò un tumore di colorito bianco

volume, abolendone tutti i movimenti, rendendo affatto impossibili quelli della deglutizione, e difficoltando la respirazione per la bocca. Fu perciò che innanzi ad un caso simile noi rivolgemmo tutte le nostre cure solamente ad alleviare, per quel poco che era in noi, le sofferenze dell'ammalato; attenendoci quindi a prescrivere una scrupolosa nettezza della bocca con lavande antisettiche, una cura tonica per sollevarne alquanto le forze, e praticando ogni giorno l'alimentazione coi liquidi mediante apposito apparecchio. Va da sè che credemmo inutile asportare pezzetti di tessuto per confermar la diagnosi, poichè non era da ammettere la possibilità di qualsiasi altra forma morbosa.

LARINGE

I tumori asportati dalla laringe, in quest'anno, sono così ripartiti: tumori amiloidi 2; papillomi 5; fibromi 2; carcinomi 3. A queste 12 osservazioni si debbono aggiungere 2 di tubercolosi con enorme infiltramento delle aritenoidi, un caso di lupus della epiglottide e due casi di pericondrite, di cui una di origine sifilitica.

Seguiremo l'istesso andamento, a cui ci siamo precedentemente attenuti, anche nella descrizione dei tumori laringei.

Tumori amiloidi

La rarità di questi tumori emerge chiara, se si dà uno sguardo alla letteratura esistente sino a tutto luglio 1896, epoca in cui pubblicai il mio lavoro su tale argomento. Non esistono, invero, più di cinque monografie, compresa la mia (Burow, Ziegler, Massei, Hooper, Martuscelli), e queste comprendono il ristrettissimo numero di 7 osservazioni.

Ai casi cennati, vanno aggiunti altri due osservati quest'anno, del primo dei quali m'occupai nel 1º fascicolo 1897 del nostro giornale.

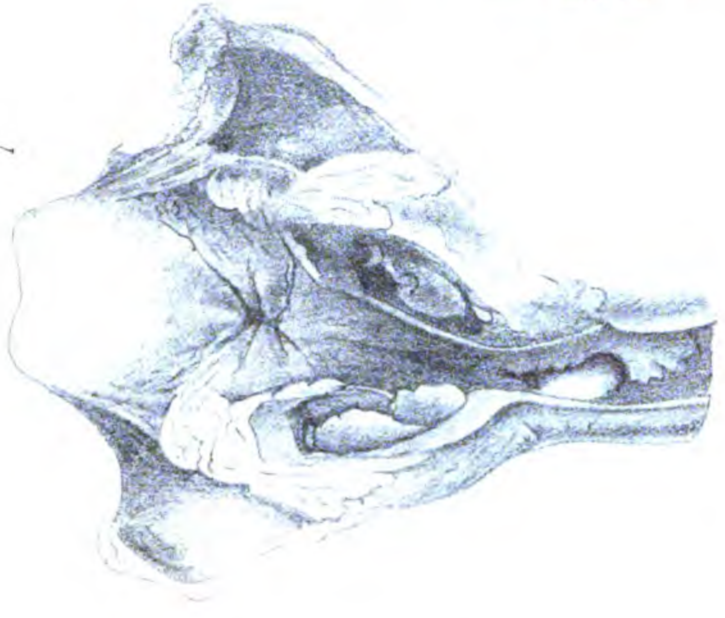
Il prof. Massei in una nota riassuntiva su 500 casi di tumori laringei dice che gli amiloidi sono mere curiosità; per conto mio ne conto pure appena quattro.

Questi tumori da me esaminati si presentarono sempre unici, con impianto sulla superficie superiore delle corde: un solo alla superficie inferiore, pendente nello spazio ipoglottico. La loro grandezza, per l'ordinario di una lente o poco più, fu solo sor-









G. Martuscelli dis.   A. Serino-Napoli

Egli avea nome Coppola Aniello, di anni 32, da Marano. Entrò nell' ospedale degl' Incurabili per essere operato di tracheotomia dietro consiglio del prof. Massei, il quale avea notato: *laringostenosi di origine dubbia, con infiltrazione delle aritenoidi*

L' infermo avea respirazione stertorosa, era cianotico e febbricitante. Fu operato quasi agonizzante, tanto da dover praticare iniezioni di etere e caffeina ed inalazioni di ossigeno. Appena introdotta la cannula in trachea, fuoriuscì muco abbondante, fetido e sanguinolento. L'infermo morì con fenomeni di setticemia.

L' autopsia rilevò sulla parete anteriore della trachea, immediatamente al disotto della laringe, una larga lesione di continuo con margini e fondo gangrenosi, icorosi.

Nelle pareti della laringe si notava la esistenza di un grosso sequestro osteo-cartilagineo, circondato da tessuti necrotici e da icore, senza apertura nella cavità interna.

Al disotto v'era la lesione chirurgica degli anelli cartilagini della trachea, con penetrazione di icore. La diagnosi anatomica fu di « condrite e pericondrite laringea, con sequestro e suppurazione icorosa. » (v. la tavola, fig. 1 e 2).

L' esame istologico da me praticato rilevò infiltrazione edematosa enorme delle aritenoidi e delle false corde; normali i caratteri istologici delle altre porzioni della laringe, e soltanto distruzione quasi completa della cartilagine cricoide con il pericondrio ispessito enormemente e necrotico in corrispondenza della cartilagine. V'era necrosi della ferita tracheale.

Questo caso conferma come ci fossimo perfettamente apposti alla diagnosi clinica, mentre che l'altro, riguardante l'ammalato Fele Vincenzo, attualmente guarito, serve per confermarci come in certi casi la intubazione, scelta con senno, favorisca oltremodo la guarigione.

L'esame dell'espettorato, le inoculazioni di pezzetti asportati nelle cavie, l'esame bacillare su pezzetti di tessuto, a fresco o sui tagli a microtomo, con risultati sempre negativi, dimostrano come in queste lesioni sia necessario avvalersi maggiormente e forse unicamente del reperto istologico.

Difatti, dei pezzetti asportati in ogni individuo, riserbammo sempre una metà per le ricerche istologiche, ed abbiamo costantemente notato la presenza di tubercoli sotto-epiteliali in vario numero, e qualche volta perfino abbondanti, come nella Casamento ed in un ammalato a nome Petrilli (1).

Come particolare importante mi piace notare che la struttura di queste tumefazioni specifiche può assumere la forma di papillomi, che debbono essere ritenuti di origine tubercolare per la presenza dei tubercoli o di cellule giganti.

Accennerò come ciò oggi formi l'argomento di speciali mie ricerche sperimentali, di cui farò cenno in una prossima occasione.

Resta quindi stabilito, che innanzi ad ammalati nei quali l'esame fisico risulta completamente negativo per la tubercolosi, come ancora gli esami bacillari e le inoculazioni negli animali, non bisogna omettere mai quello istologico dei tessuti asportati, se coscienziosamente vogliamo indagare la natura del morbo (2).

Pericondrite

Due osservazioni ci sono occorse quest'anno di simili affezioni, una in un sifilitico, l'altra in un individuo affetto da bronchite cronica da tre mesi e sul cui conto non possiamo ammettere con certezza nè tubercolosi, nè sifilide. Del primo, si è occupato, nel n. 3° del nostro giornale del passato anno, il collega dottor Damieno, ed è perciò che parlerò semplicemente dell' altro.

---

(1) V. l'articolo del Dott. Trifiletti, in questo stesso fascicolo.

(2) Ho voluto sperimentalmente riprodurre la tubercolosi primaria della laringe, inoculando, in varii modi, materiale tubercolare (espettorato o cultura pura) nella laringe. I risultati finora non mi permiseio di detrarre qualsiasi conclusione dai miei esperimenti; però credo d'aver ottenuto un caso affermativo in un ultimo coniglio in questi giorni operato; ma non avendo potuto ancora praticare l' esame istologico delle parti asportate — essendo già composto l'articolo—m'è piaciuto farne soltanto cenno. Di questi esperimenti e della diagnosi istologica della tubercolosi laringea tenni parola al 3° Congresso di Laringologia tenuto in Roma in questo novembre u. decorso. Del mio lavoro si troverà un sunto in questo istesso numero del giornale (v. Resoconto della Società Italiana di Laringologia), e sarà per esteso pubblicato nell' *Archivio italiano di Otologia, Rinologia laringia*, edito a Torino.

Emmanuele Mazzucchi, di anni 71, da Napoli; era ammogliato, maestro di musica. Da cinque anni aveva notato un leggiero abbassamento di voce con respirazione poco difficoltata. Da un mese questi fatti avevano assunto una gravezza tale, da richiedere di urgenza la tracheotomia, che fu consigliata all' infermo dal prof. Massei, il quale, consultato nel suo studio dall' ammalato, fu per vederlo quasi morto per un violento accesso di soffocazione sopraggiunto nel mentre l'osservava. L'ammalato immediatamente domandò ricovero nell' ospedale degl' Incurabili e fu operato di tracheotomia dal prof. Lupò. Il prof. Massei aveva rilevato, all'esame, tutta la cavità laringea bloccata da una massa nerastra, parte della quale aveva asportato nella speranza di favorire alquanto la penetrazione dell'aria nella laringe, scopo riuscitogli perfettamente, poichè l'infermo potette così, senza pericolo di ulteriori accessi di soffocazione, mettersi in movimento per cercar ricovero nell'ospedale. Operato e guarito della operazione, ne uscì per ritirarsi in famiglia e ogni tanto veniva da noi a farsi osservare, sperando sempre in una miglioria. Dopo quattro o cinque mesi. sapemmo dal figlio come il vecchio Mazzucchi fosse morto da poco tempo. L'esame istologico del pezzetto asportato dal prof. Massei rilevò, come anche qui si fosse trattato di un tumore carcinomatoso a tipo epiteliale.

Riassumendo ora questi casi occorsici, si rileva come in essi lo sviluppo sia stato rapido, la diffusione enorme, ed i caratteri istologici completamente identici.

Tubercolosi e lupus

Riuniamo queste lesioni, sia per la poca differenza che fra loro esiste, sia perchè, e principalmente, noi intendiamo occuparcene solo dal punto di vista della diagnosi istologica, la quale, essendo negativi tutti gli altri dati, ci fece conoscere nei varii casi il morbo con cui avevamo a fare, e ci permise di adottare un sistema curativo che, come nella bambina a nome Casamento, diede dei frutti che sorpassarono di gran lunga quelli sperati. Questi tre casi, due di tubercolosi delle aritenoidi ed uno di lupus della epiglottide, si presentarono, i primi in due ammalati dell'età dai 40 ai 65 anni, l'ultimo nella bambina undicenne a nome Casamento.

I sintomi presentati da questi tre infermi furono i soliti dell'afonia e della dispnea, in vario grado in ognuno, assieme ai dolori nella deglutizione.

bondante fuoriuscita di pus coi colpi di tosse, ci fece sospettare un processo endo-tracheale, non escludendo una neoplasia a rapida evoluzione; raccomandammo in tutti i modi all'infermo di farsi operare di tracheotomia, non solo per scongiurare i pericoli dell'asfissia, ma anche per chiarire la diagnosi. Il ganglio sottomascellare destro si presentava ingorgato. L'infermo fu ricoverato agli Incurabili nella sala del prof. Romano, dal quale fu operato di tracheotomia.

Dopo qualche giorno dall'operazione, l'infermo morì senza poterne attribuire la causa alla operazione fatta e fu perciò domandata dall'operatore l'autopsia. Questa fece rilevare che l'infermo era morto per pulmonite *ab-ingestis*. Potetti, inoltre (poichè appartenni al gabinetto anatomico dell' ospedale Incurabili, diretto dal prof. Armanni) asportare la laringe, ed apertala dal suo lato posteriore, notare la sede e la estensione del tumore. Asportai pure il ganglio di destra. Riferisco brevemente le note necroscopiche della laringe.

Apertala, come s' è detto, per di dietro, si notava, per tutta la estensione della porzione ipoglottica, sino a poco meno d'un centimetro dalla incisione praticata per la tracheotomia, una massa di colorito bianco latteo che, limitata con bordi rilevati e arrotondati, si espandeva lateralmente sin quasi all' attacco posteriore delle corde vocali, descrivendo così, per ogni lato, una linea curva diretta da avanti in dietro e di basso in alto, confondendosi con l'attacco posteriore e col bordo inferiore delle corde.

Di queste era conservata la dritta, solo per la metà posteriore; il resto di essa, come quasi tutta la sinistra, erano rappresentate da una massa necrotica enormemente fetida, la quale veniva a brandelli fra le branche della pinza se si tentava di asportarla. Tuttavia si poteva vedere come la regione delle corde vocali era tumefatta del triplo, come pure grosse e prominenti nel lume laringeo erano le false corde (v. la tavola, fig. 3 e 4).

Si aggiungeva una enorme infiltrazione sierosa delle aritenoidi e dei legamenti ari-epiglottici, che così immobilizzavano la epiglottide e spiegavano, più del bisogno, la rilevante dispnea.

L' esame microscopico dei preparati fatti in corrispondenza delle corde vocali vere, delle false corde e della massa ipoglottica, fece rilevare, in tutti questi varii punti, una struttura carcinomatosa dal tipo epiteliale, mentre che i preparati del ganglio di destra presentarono più l'aspetto del cancro scirroso.

L'altro ammalato, di cui abbiamo rilevato la morte, venne a consultarci il 19 novembre 1896 al dispensario. Egli avea nome

argenteo, dentato, simile ad una gelsa bianca, che occupava tutta la superficie superiore della corda.

Negli altri due, per la piccolezza estrema del tumore, si ricorse al raschiamento ed all'acido lattico.

Fibromi

I fibromi laringei li abbiamo notati in due individui di cui uno aveva l'età di 31 anno, l'altro di 57. Come sintomatologia non differiscono assolutamente dagli altri tumori di queste località, poichè il loro volume non è mai esagerato e non intercettano che di poco la libera funzione delle corde vocali. Sono più confondibili coi tumori amiloidi, ai quali possono rassomigliare per colorito, forma e grandezza. Essi, dal punto di vista istologico, possono presentare le seguenti varietà:

1° Fibromi cistici (*molli*), i quali sono formati da tramezzi connettivali molto laschi, riempiti da una sostanza semiliquida ed hanno sempre un rivestimento epiteliale completo. Questi spazii cistici presentano internamente uno straterello di un semplice ordine di cellule, che somigliano perfettamente ad un rivestimento endoteliale; la sostanza contenuta fra queste maglie ha tutta l'apparenza di una sostanza linfoide.

2° Fibromi puri (*duri*) rappresentati da un tessuto connettivale compatto, fra le cui fibre alcune volte sono varie sezioni di vasi di diverso calibro, ed alcune volte si notano versamenti sotto epiteliali, mai considerevoli, allorquando vi si producono. L'epitelio di rivestimento è sempre continuo ed il loro colorito roseo: l'impianto di questi tumori è fatto su larga base.

Carcinomi

In quest' organo abbiamo notato tre carcinomi, di cui due delle corde vocali, uno del seno di Morgagni. Gli ammalati, tutti di sesso maschile, avevano l'età dai 65 ai 72 anni. Attualmente due di essi sono morti, del terzo non sappiamo nulla, poichè, presentando un carcinoma infiltrato delle aritenoidi, corde vocali, ecc., cioè di tutta la laringe, fu rimandato perchè inoperabile. Uno dei due altri ammalati e propriamente Migliaccio Raffaele, di anni 72, operaio, da Napoli, venne al dispensario il 12 decembre 1896, per rilevante dispnea ed afonia. La malattia, a quanto assicurava, durava da un anno; all'esame della laringe notammo: laringostenosi da infiltrazione bilaterale delle corde, fisse in fase di fonazione. Questo ultimo fatto, insieme all' ab

passata da quest' ultimo tumore che assumeva forma e dimensione di un chicco d'uva.

Riferisco l'interessante, per quanto breve storia della inferma. Castellano Rosa, di 45 anni, maritata, da Napoli, ammalata da circa 2 anni, era affetta da tosse ed avvertiva un senso di costrizione alla laringe. Presentatasi all'ambulatorio, prima che fosse osservata, fece subito impressione il tipo di respiro che s'avvertiva a distanza, e volendo rendere in qualche modo la sensazione acustica rilevata, potrei dire che parea come se una valvola si opponesse alla libera uscita dell' aria; poichè, già a tutta prima, si notava come le inspirazioni fossero facilissime e normali. All' esame laringoscopico si vide che il tumore, dalle proporzioni già notate, faceva ernia fra le corde vocali, presso la commessura posteriore, nella espirazione, per poi nascondersi nuovamente alla successiva inspirazione. La diagnosi clinica fu di un tumore benigno della superficie inferiore della corda destra, verso il suo attacco all'apofisi vocale, e di probabile fibroma, non escludendo la possibilità di trovarvi della sostanza amiloide. Le reazioni messe in atto per ricercare quest' ultima, risposero tutte nel più chiaro modo desiderabile.

I varii reperti microscopici ottenuti in questi quattro miei casi confermano sempre più che bisogna attenersi, per l'interpretazione della formazione di questa sostanza, alla dottrina del Rudnew, poichè quasi sempre — osservando bene — si tratta di degenerazioni miste.

Papillomi

Questi, anche nella nostra statistica, formano il maggior numero dei tumori laringei asportati. Essi si sono presentati in individui di tutte le età e dei due sessi, non raggiunsero mai un volume considerevole e finora in un solo dei 4 operati si ebbe riproduzione. I loro caratteri istologici furono sempre assai netti, in modo che mai dubitammo di possibili forme carcinomatose iniziali o di trasformazione nelle medesime.

Solo sintoma comune fu la disfonia e, qualche volta, una leggera dispnea. In una inferma si rilevava una escrescenza frastagliata (framboesiaca), che veniva operata con la pinza König. Tra i varii casi, vanno compresi una donna, operata di papillomi laringei or son parecchi anni e che ripresentava ancora simili tumori all'angolo di commessura delle corde, ed un guardaboschi a 58 anni, cui si asportò un tumore di colorito bianco

volume, abolendone tutti i movimenti, rendendo affatto impossibili quelli della deglutizione, e difficoltando la respirazione per la bocca. Fu perciò che innanzi ad un caso simile noi rivolgemmo tutte le nostre cure solamente ad alleviare, per quel poco che era in noi, le sofferenze dell'ammalato; attenendoci quindi a prescrivere una scrupolosa nettezza della bocca con lavande antisettiche, una cura tonica per sollevarne alquanto le forze, e praticando ogni giorno l'alimentazione coi liquidi mediante apposito apparecchio. Va da sè che credemmo inutile asportare pezzetti di tessuto per confermar la diagnosi, poichè non era da ammettere la possibilità di qualsiasi altra forma morbosa.

LARINGE

I tumori asportati dalla laringe, in quest'anno, sono così ripartiti: tumori amiloidi 2; papillomi 5; fibromi 2; carcinomi 3. A queste 12 osservazioni si debbono aggiungere 2 di tubercolosi con enorme infiltramento delle aritenoidi, un caso di lupus della epiglottide e due casi di pericondrite, di cui una di origine sifilitica.

Seguiremo l'istesso andamento, a cui ci siamo precedentemente attenuti, anche nella descrizione dei tumori laringei.

Tumori amiloidi

La rarità di questi tumori emerge chiara, se si dà uno sguardo alla letteratura esistente sino a tutto luglio 1896, epoca in cui pubblicai il mio lavoro su tale argomento. Non esistono, invero, più di cinque monografie, compresa la mia (Burow, Ziegler, Massei, Hooper, Martuscelli), e queste comprendono il ristrettissimo numero di 7 osservazioni.

Ai casi cennati, vanno aggiunti altri due osservati quest'anno, del primo dei quali m'occupai nel 1° fascicolo 1897 del nostro giornale.

Il prof. Massei in una nota riassuntiva su 500 casi di tumori laringei dice che gli amiloidi sono mere curiosità; per conto mio ne conto pure appena quattro.

Questi tumori da me esaminati si presentarono sempre unici, con impianto sulla superficie superiore delle corde: un solo alla superficie inferiore, pendente nello spazio ipoglottico. La loro grandezza, per l'ordinario di una lente o poco più, fu solo sor-

TONSILLE E PILASTRI

In questa regione abbiamo notato un caso solo di carcinoma diffuso al pilastro anteriore ed alla tonsilla del lato destro.

L'ammalata era una signora tedesca a 55 anni, la quale soffrì precedentemente malaria, fu colta da erisipela e da nevralgia del trigemino a destra, malattie di cui era totalmente guarita da tempo, prima che si presentasse alla nostra osservazione.

Al principio del passato inverno, cominciò a rilevare un ingorgo della tonsilla destra con poco dolore. I fatti così si protrassero, poco modificandosi, sino alla estate, quando venne osservata da noi. Avendo rilevata la poca diffusione del tumore, proponemmo l'asportazione quanto prima possibile, essendoci avvalsi per la diagnosi dell'esame microscopico di un pezzetto appositamente asportato, e mercè le pratiche fatte dal prof. Massei, l'inferma ottenne di esser operata dal prof. d'Antona.

Fu sottoposta perciò alla operazione preventiva della tracheotomia. Ma durante il tempo necessario perchè fosse guarita della medesima, il tumore assunse vaste proporzioni, e si manifestarono tali ingorghi nelle glandole viciniori, da far smettere l'idea di una operazione radicale, laonde l'inferma fu rimandata non appena guarita della tracheotomia e, qualche mese dopo, soccombeva.

L'esame microscopico del pezzetto di tumore, dopo di averlo sottoposto ai soliti trattamenti per la inclusione in paraffina, ha fatto rilevare una struttura carcinomatosa alveolare la più tipica.

Le cellule epiteliali si veggono conservate nella loro struttura assai bene ed i sottili fasci connettivali fra gli alveoli modicamente infiltrati di linfociti. I vasi, per lo più rappresentati da capillari, sono in numero poco rilevante. Il tumore non ha rivestimento di mucosa.

LINGUA

Si presentò con affezione di questo organo un solo individuo vecchio, emaciato, dal colorito terreo, dal pannicolo adiposo completamente scomparso, napoletano, di mestiere portinaio. Sventuratamente questi venne a noi inuno stato così avvanzato de male, da render vano qualunque intervento. Si trattava di un carcinoma che, iniziatosi lateralmente, ed a destra della lingua, la aveva invasa quasi per intero, ingrandendola nel suo

All' esplorazione della cavità naso-faringea, si notava un tumore grosso quanto una noce coperta da mallo che, dalla parete postero-laterale destra della faringe, si estendeva sin presso l'adito laringeo. L'esplorazione digitale ci assicurava che il fornice era libero e la coana ancora, ma il tumore sanguinava facilmente. Esso era duro-elastico e non v' erano ingorghi glandolari. Facemmo diagnosi di fibro-mixoma, nel quale però temevamo l'inizio di una fase sarcomatosa.

L'ultimo tumore appartiene ad una giovanetta a nome Savarese Silvia, di anni 14, da Napoli, di costituzione linfatica, operata quattro anni fa di mixomi dal prof. Fasano, ed operata ancora quest'anno di asportazione di tre tumoretti dalla cavità nasale, i quali al microscopio presentarono i caratteri del mixoma.

Con l'esame rinoscopico averso si notò un tumore del cavo naso-faringeo, che scendeva lungo il bordo posteriore del setto, ed arrivava sin quasi al margine libero del palato molle. Aveva una consistenza alquanto dura, superficie liscia ed era impiantato semplicemente in alto, al bordo del setto.

Decisa l'operazione, in un primo tentativo per applicare l'ansa di fil di ferro, questa circuisce perfettamente bene il tumore, e si pensa allora di poter utilizzare questo tentativo come guida per far scorrere l'ansa di platino e farne l'asportazione. Il giorno seguente il direttore prof. Massei applica l'ansa di platino e si potette fare a meno della incandescenza, perchè, per le manovre di strofinìo, il tumore venne segato nel suo impianto e cadde nel cavo orale rimanendo del tutto libera la volta naso-faringea.

All'esame, dopo l'operazione, nulla più si notava di tumore e si potette precisare il punto d'impianto del medesimo sulla parte centrale del bordo del setto.

L' esame microscopico mostrò trattarsi di un comune mixoadenoma, per cui non credo dover ripetere i caratteri istologici, già precedentemente descritti, di questa varietà di tumore.

b) *Vegetazioni adenoidi.* — Le tre osservazioni fatte quest'anno, nessuna delle quali se guita da operazione (per non essere ritornati gl'infermi), spettano due a due bambine di anni 6, l'ultima ad un bambino di un anno.

L'impianto delle vegetazioni era, in una delle bambine, verso la parete posteriore della faringe nell' altra, sulla parete laterale e superiore.

Nel terzo ammalato, appena se ne notava un accenno.

Antro di Highmoro

Oltre i tre carcinomi già descritti, non abbiamo osservato tumori proprii e soli dell'antro. Fra questi tre casi, solo quello inviato alla clinica del prof. d'Antona potrebbe andare in questa rubrica.

Cavo naso-faringeo

a) *Tumori.* — I tumori naso-faringei osservati in quest'anno ascendono al numero di quattro, un solo dei quali operato.

Queste quattro osservazioni sono state fatte su individui di cui uno era un giovanetto a 15 anni, soggetto a ripetute epistassi, e che presentava ostruzione nasale. Nella fossa nasale di destra si vedeva un tumore rosso, con largo impianto in dietro, verso la parete posteriore, che si diffondeva nel cavo faringeo.

Riosservato il giovanetto il 3 aprile, cioè dopo 24 giorni dalla prima volta, non vi era più traccia della propaggine nasale, avendo l'infermo fatto solo cure toniche (citrato di ferro ammoniacale per iniezioni). La fossa nasale destra si potea bene esplorare fin verso il meato superiore ed appariva una spiccata ipertrofia della mucosa della parete esterna.

L'esplorazione digitale rilevò nel cavo naso faringeo un tumore quanto una grossa noce, levigato, non molto duro ed aderente alla parete posteriore della faringe, più verso il lato destro. Per tali fatti fu modificata la diagnosi di sarcoma, diagnosi fatta da principio, sperando invece in un mixo-fibroma e nella involuzione della neoplasia (1).

Le altre due osservazioni non seguite da reperto microscopico appartengono una ad una donna sessantenne, ammalata da due anni, la quale presentava un tumore polilobato, che oltrepassava il margine libero del velopendolo, sino a toccare quasi la lingua e che non venne asportato, come avevamo stabilito, non essendo ritornata più l'inferma all'ambulatorio. Così pure non fece ritorno un'altra donna da Nola, a nome Napolitano Carmela, di 47 anni, che si doleva di ostruzione nasale e difficoltà della respirazione ed era ammalata da sei mesi circa, a quanto narrava.

---

(1) Dopo 9 mesi, però, il tumore è enormemente cresciuto.

consultato parecchi specialisti dopo di me, alcuni dei quali confermarono quanto io dissi, laddove altri credette ad un semplice tumore benigno e, come tale operatolo, rimandò senz'altro l'in ferma. Questa, nel mese di novembre fu ricevuta nella sala del professore d'Ambrosio agli Incurabili, per essere operata di resezione del mascellare, avendo raggiunto il tumore un enorme sviluppo; ma dopo alquanti giorni volle lasciare l'ospedale e perciò ne uscì senza che si fosse potuta operare.

Dell'altra ammalata, non si sono avute ulteriori notizie.

Pseudo-riniti caseose

Due casi ne sono occorsi quest'anno; uno in un uomo a 56 anni a nome Francesco Colella, del quale mi sono occupato nel mio lavoro sulla « pseudo-rinite caseosa », l'altro in una donna a 40 anni, della quale abbiamo fatto cenno nel paragrafo dei papillomi.

Per non ripetere quanto ho già pubblicato, dirò che in questi due casi si è trattato di pseudo-rinite: primo, perchè la massa estratta col cucchiaio avea più l'aspetto di una poltiglia sanguinolenta e non caseosa; secondo, perchè fra i microrganismi da essa coltivati non potetti isolare la streptothrix alba.

Gli ammalati guarirono completamente di questa affezione non appena operati: questo carattere ravvicina ancora di più le forme di pseudo- e vera rinite, rendendo giustizia a quanto asserisce il prof. Cozzolino, cioè che la guarigione della rinite caseosa si ottiene in poche ore, e dimostrando ancora come questa non sia una affezione avente per sostrato anatomico la mucosa delle fosse nasali.

Per debito di lealtà son tenuto a dichiarare come, appena pubblicato il mio lavoro su questo argomento, mi vidi onorato di un biglietto del prof. Cozzolino, il quale mi accusava la priorità della classificazione in riniti vere e false. Risposi allo illustre professore, come la mia classifica differisse oltremodo dalla sua di rinite colesteatomatosa e false riniti, poichè io facevo unico assegnamento sulla streptothrix alba per poter ascrivere i miei casi alla pseudo-rinite od alla rinite caseosa genuina. Era quindi la mia una classifica prettamente batteriologica e per nulla confondibile con la sua.

Ed ora veniamo alle altre lesioni.

Così fu operato dal prof. d'Antona di resezione del mascellare superiore Sabato Bergamasco, da Avellino, bracciante, di buona costituzione, il quale presentava, come si rileva dalla storia segnata a n. 23 del nostro registro, un tumore primario dell'antro di Highmoro del lato sinistro, con compressione e spostamento della parete inferiore, e propagini nella cavità nasale. Sperai d'occuparmi particolarmente di questo caso, ma mi convenne deporre l'idea di un apposito lavoro non avendo avuto fra mani il materiale. Dirò soltanto come al microscopio i preparati da me eseguiti del pezzetto escisso per diagnosi istologica presentavano una struttura carcinomatosa glandulare, che il connettivo intorno agli acini era quasi del tutto sparito e che si avevano tutte le ragioni per stabilire essersi il tumore originato dalla mucosa dell'antro.

Accennerò puranco ad un caso mio particolare, che ebbi l'occasione di osservare a fine di anno scolastico, a dispensario chiuso, nel nostro Istituto. Si trattava di un vecchia dell'età di circa 60 anni, a nome Carmela Liguori, e nella quale la rinoscopia mostrò a sinistra e sul cornetto inferiore un tumore bianchiccio, a superficie ulcerata, a consistenza esternamente molle, duro profondamente. La coesistenza di fitte persistenti e oltremodo dolorose, il decorso rapido di pochi mesi, l'età dell'inferma, la tumefazione, poca sì, ma evidente all'esterno, dell'antro di sinistra, mi fecero sorgere il sospetto che non si fosse trattato di un tumore d'indole triste, preferibilmente carcinomatosa.

Fu per questo che ne asportai un pezzetto, consenziente l'ammalata, per potere agevolare la diagnosi in questo caso alquanto difficile. Difatti, l'esame a fresco per raschiamento della massa del tumore e, dopo, quello sulle sezioni a microtomo, rilevò la presenza, nel primo caso, di numerose cellule epiteliali cilindriche miste a corpuscoli di muco e globuli del sangue, e, nel secondo, una struttura papillare, con gli elementi epiteliali disposti in modo ed addensati così fra loro, da dare la certezza come quivi si fosse trattato di un papilloma in cui già si era stabilita la metamorfosi cancerigna. Aggiunto questo dato istologico ai caratteri clinici precedentemente rilevati, feci noto al marito della inferma, il quale me ne domandava, come non si poteva precisare sin dove fosse necessario arrivare con la operazione, ciò dipendendo dal modo come avrebbe risposto all'esame con l'illuminazione elettrica il mascellare di sinistra e dallo stato in cui avremmo trovato le parti limitrofe dopo la semplice asportazione di quel tanto di tumore che si notava alla ispezione. L'ammalata non fu più vista. Ho saputo poi che ha

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

FIG. 1.ª — Laringe con pericondrite cricoidea (spaccata per di dietro).
FIG. 2.ª — Anello cricoideo eroso in gran parte.
FIG. 3.ª — Laringe di individuo morto per carcinoma; tumore che invade le corde vocali—(la sinistra distrutta quasi completamente, la destra nel suo attacco anteriore) — tumore della regione ipoglottica.
FIG. 4.ª — Metà destra di questa laringe.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

COOSEMANS dott. M. E. — *L' olocaina in oto-laringologia (L' holocaïne en oto-laryngologie).*

L'*olocaina* (cloridrato di p. diatossietenildifenilamidina), è una nuova sostanza trovata dal dott. E. Taüber, privato-docente di chimica nell'Università di Berlino, della nota serie delle etenilamidine; essa ha stretti rapporti con la fenacetina, perchè dall'aggruppamento molecolare della fenacetina e della p. fenetidina, si ottiene olocaina, con la eliminazione dell'acqua. È una base energica che ha l'apparenza di piccoli cristalli bianchi, aghiformi, facilmente solubili nell'acqua bollente, solubilissimi nell' alcool e nell'etere. Avendo l'autore dell'articolo sperimentato questo nuovo anestetico in oto-laringologia, dà le seguenti conclusioni:

1. Convenienza pel prezzo di costo, giacchè l'olocaina non sorpasserà 100 franchi al chilo, mentre la cocaina non costa meno di 45 centesiml il grammo. Di più, l'olocaina s' impiega in soluzione dell'1 o|o, laddove la cocaina si usa alla dose di 1 in 10 od 1 in 5 od anche più.

2. L'olocaina non dà pizzicore, la cocaina abbastanza.

3. L'olocaina dà poco amarore, la cocaina moltissimo.

4. L'olocaina non produce nè nausea, nè senso di costrizione o di corpo estraneo alla gola: non produce alcuna eccitazione cerebrale, mentre la cocaina dà nausea e vomito, e quasi sempre costrizione, senza dire che qualche volta può provocare eccitazione cerebrale, potendo arrivare sino alla cocainomania.

5. L'olocaina non costringendo i vasi, non riduce i tessuti e non li fa impallidire, ciò che forma un gran vantaggio, nelle cauterizzazioni per esempio.

6. L'olocaina non ha dato mai sintomi d'intossicazione.

7. L' olocaina dà soluzioni inalterabili ed antisettiche, che non hanno bisogno d'essere sterilizzate, ciò che non succede per quelle di cocaina.

(*Bulletin de la Societé Belge d'Otologie et de Laryngologie et Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*).

DAMIENO

MALATO dott. V.— *Sui microrganismi patogeni esistenti nelle cavità nasali fisiologiche e sul potere attenuante della mucosa nasale (Istituto d'Igiene della R. Univirsità di Cagliari*).

L'autore comincia col ricordare tutti quelli che hanno trattato quest'argomento, dal Weibel nel 1887 fino a Thomson, Fraenkel, le cui esperienze pare abbiano stabilito:

1. che nelle parti anteriori delle cavità nasali, il contenuto batterico varia per numero e specie di microrganismi.

2. che l'aria, passando per le cavità nasali, vi depone sulla sua superficie umida e sinuosa i microrganismi, per cui giunge amicrobica nel cavo naso-faringeo.

Ora, per quali ragioni spariscono i microrganismi che sono continuamente portati dall' aria che s'inspira? Il dott. Malato si propone proprio questo problema, per la cui soluzione cerca di dimostrare: 1º i microrganismi che più comunemente si trovano nel naso allo stato sano; 2º la resistenza che essi presentano all'azione del muco nasale; 3º l'azione dannosa che su di essi esercita il contatto dell'epitelio nasale.

Per riguardo al primo fatto, l'autore, dopo i dovuti esperimenti, conclude che microrganismi, specie patogeni, sono costantì nelle parti anteriori delle cavità nasali; però non vi persistono a lungo, ciò che porta a credere che debba avvenire una rapida distruzione, tanto più che si trovano abbastanza attenuati. Per riguardo al secondo fatto, egli conferma quello che aveva dimostrato Thomson che, cioè, il muco nasale non eserciti potere attenuante decisivo sui microrganismi patogeni, e per il terzo, infine, dimostra che, il contatto dell'epitelio della mucosa nasale ostacola la rapida moltiplicazione dei germi.

(*Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia*).

DAMIENO

DE SIMONI dott. A. — *Sui microrganismi dell' ozena (Istituto d' Igiene della R. Università di Cagliari*).

L'autore, dopo diversi reperti balterici di materiale ricavato da persone ozenatose, ha riscontrato, come microrganismi costanti:

1. il *bacillus mucosus* (Löwenberg-Abel); 2. il *bacillo simildifterico*; 3. il *diplococco lanceolato di Fränkel*; 4, *stafilococchi piogeni, albo ed aureo*, e come non costanti· *1.* il *pneumobacillo di Friedländer*; *2.* il *bacillo tifosimile*.

Inoculato ciascun microrganismo in animali da esperimento, solo il diplococco di Fränkel si è mostrato sempre patogeno pei conigli e per le cavie, e qualche volta anche il pneumobacillo di Friedländer; gli altri

no. Nè miglior fortuna hanno avuto le inoculazioni dirette di culture pure dei detti microrganismi sulla mucosa nasale d'individui, che presentano quell'insieme di caratteri, quali mostrano le persone affette da ozena, giacchè oltre una secrezione più o meno abbondante, un turgore e rossore della parte, più o meno evidente, niente altro di rimarchevole; tanto vero che dopo un certo numero di giorni, la mucosa nasale tornava in uno stato addirittura fisiologico. E così nemmeno da queste esperienze, tanto scrupolosamente condotte, vien fuori un po' di luce per rischiarare l'intricata matassa dell'etiolcgia dell'ozena, che dobbiamo, secondo l'autore, considerare come un processo morboso dipendente da due fattori principali: *uno* insito nell' organismo, che si riassume nella disposizione locale della mucosa all' attecchimento della malattia, il *secondo* determinato dai microrganismi patogeni.

(*Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia*).

DAMIENO

MALJUTIN dott. E. N. — *Lo sviluppo della voce con i diapason e l'applicazione di questo processo per guarire la paresi delle corde vocali* (*Die Ausbildung der Stimme durch Stimmgabeln und die Anwendung dieses Verfahrens zur Heilung der Parese der Stimmbänder*).

L'A. afferma che quando egli incominciò a studiare la sordità professionale dovette, per lungo tempo, fare alcuni esperimenti con un sistema di diapason—della cosiddetta scala continua di Bezold—e che ebbe allora agio di accertare alcuni fenomeni, i quali richiamarono la sua attenzione e lo indussero ad eseguire una serie di ricerche, le quali hanno condotto a risultamenti importanti non soltanto nella teoria, ma altresì nella pratica.

Quando si ha nella mano un diapason in vibrazione, noi sentiamo che le vibrazioni del medesimo vengono trasmesse alle nostre dita, e allorchè quelle sono sufficientemente forti, si possono riconoscere, semplicemente, palpando i muscoli dell' omero, e perfino della spalla. Vibrazioni meno chiare si propagano anche a parti lontane: al collo, al cranio ed alla cassa toracica. All' ascoltazione di quest' ultima, si avverte una forte risonanza.

Da ciò si può trarre a priori la conclusione, che se le nostre corde vocali debbono produrre un certo suono, se noi vogliamo cantare una nota, riuscirà più facile produrre questo stesso suono tenendo nella mano un diapason, di corrispondente altezza tonale: le vibrazioni delle corde vocali, provocate eccitando la nostra volontà, coincideranno con le vibrazioni del diapason, ed il suono sarà più chiaro, mentre dal nostro canto, per produrre il suono, sarà necessario uno sforzo minore.

L'autore fa rilevare che egli non è addivenuto a questa conclusione *a*

priori, sibbene in seguito ad osservazioni fatte sopra sè stesso ed altri. Ed all' uopo egli scelse persone, le quali non avevano mai appreso a cantare. Applicò loro il diapason sul capo, e li fece cantare all' unisono col diapason. Voci che, fino allora, erano state prive di timbro, presero, col diapason, una voce di testa oppure di petto, secondo l'altezza del tono ed acquistarono perfino un timbro metallico.

Essi descrivevano le loro impressioni quasi sempre nello stesso modo: dicevano che, mentre cantavano col diapason, i suoni uscivano quasi involontariamente dalla gola. Dopo alcuni esercizii col diapason, potevano autoctonamente emettere la stessa nota con lo stesso timbro.

L'autore, dopo che con una serie abbastanza estesa di ricerche si ebbe convinto che il diapason può essere utile nello sviluppo della voce, decise di sperimentare se nei casi di perdita completa della voce, non dovuta a processi suppurativi o neoplastici endolaringei, ovvero a lesioni centrali, si potesse stimolare e riattivare la funzionalità delle corde vocali, facendo uso del diapason. — Quest' occasione finora gli si è presentata in un caso di paresi isterica delle corde vocali, in persona di una giovanetta di quindici anni. Tutti i mezzi, all'uopo raccomandati, finanche la ipnosi, non diedero alcun risultamento positivo. Il processo adoperato (applicazione di un diapason in vibrazione sulla cartilagine tiroide e contemporanea emissione di un suono) diede la guarigione dopo poche sedute. L'autore spiega codesto effetto con l'azione meccanica del diapason sopra le corde vocali.

(Dall'*Archiv für Laryngologie und Rhinologie* di Fraenkel, 1897).

MEYER.

SEMON dott. F. — *Grossmann e la questione relativa alla paralisi del postico* (*Herr Grossmann und die Frage der Posticuslähmung*).

Nel 2° fascicolo dell'*Archiv für Laryngologie* dell' anno 1897, Grossmann, in base ad un'analisi critica dei lavori dei suoi predecessori, nonchè ad esperimenti personali, è pervenuto alla conclusione che, *essendo stato constatato che la corda vocale, dopo la recisione del ricorrente, non rimane nella posizione cadaverica, ma in quella di adduzione, sono state definitivamente tumulate così la teoria della paralisi di Semon, come la teoria dello spasmo di Krause. Qualunque sia l'interpretazione che si possa dare al reperto laringoscopico, indubbiamente accertato, nella paralisi totale del laringeo inferiore, nè l'una, nè l'altra di queste teorie può essere presa ulteriormente in considerazione.*

Della oramai, a tutti ben nota, teoria del Semon, abbiamo tenuto ripetutamente parola ai nostri lettori; e parecchi anni or sono riportammo quasi integralmente la lunga polemica, che sopra di essa egli ebbe a sostenere col Krause. Nuovi attacchi vengono ora formulati contro e Semon ridiscende in lizza. Sventuratamente, questi attacchi non sono sol-

tanto obbiettivi, ma in buona parte anche subbiettivi. Di questi ultimi, sempre deplorevoli, a dire il vero, in qualsiasi controversia puramente scientifica, noi non terremo assolutamente parola, dolenti che da alcuni si perpetui ancora questo sconcio nella scienza. Quanto a quelli obbiettivi, ne daremo un accenno sommario, e ciò tanto più per riparare qualche involontaria inesattezza nella quale cademmo, nei precedente fascicolo, avendo noi tolti i dati da un giornale francese.

E per vero, mentre noi erroneamente scrivevamo: « che, secondo Grossmann, la *posizione in adduzione*, non sempre parla in favore di una paralisi dei crico-aritenoidei posteriori », nel fatto, l'autore sostiene che quella che chiamasi *posizione in adduzione* (corrispondente alla condizione meglio designata coi nomi di *fonatoria* o *mediana*), è l'effetto di una paralisi *completa* del ricorrente, più l'influenza della pressione intratoracica negativa. Valga questa, come riparazione.

***

Svariatissime sono le obbiezioni, più subbiettive che obbiettive se vuolsi, che Grossmann ha rivolto contro la teoria del Semon; soprattutto, però, quella di non avere dato agli esperimenti di Wagner tutta l'importanza che meritavano. Ed in qualche punto della lunga monografia, Grossmann ora fa intendere velatamente che Semon non ha saputo comprendere la entità delle ricerche di Wagner, oppure ha mostrato artatamente di ignorarle, laddove in qualche altro punto esterna la supposizione che Semon di straforo sapesse qualche pò delle congeneri indagini del suo predecessore. Gli fa altresì l'addebito di avere creato una dottrina a furia di arzigogoli teoretici, e quindi destituita di base clinica e sperimentale. Gli rimprovera di non avere tenuto conto delle ricerche sperimentali da lui fatte, le quali tumulano definitivamente la teoria del Semon, ecc. E così, via via, un centinaio di obbiezioni, spessissimo disparate fra loro, che, a volere soltanto enumerare, ci vorrebbero parecchie pagine. Alla sua volta, il Semon, com'è agevole comprendere, ha pazientemente ribattute tutti gli appunti rivoltigli dall'avversario. Noi — lo ripetiamo ancora una volta — accenneremo per sommi capi le accuse e le risposte.

***

Anzitutto il Semon fa rilevare che nel lungo lavoro di Grossmann, questi adopera quasi esclusivamente l'espressione «*posizione di adduzione*» delle corde vocali, e quasi mai le altre: *posizione cadaverica*, *posizione mediana*, e *posizione di fonazione*. Basta già questo fatto, dice egli, per comprendere come Grossmann abbia voluto, con *arbitraria* sostituzione di espressioni, introdurre nella polemica un elemento atto a generare tale una

confusione nella mente del lettore, che questi difficilmente riesce a raccapezzarsi, sicchè è facile capitare in equivoci.

Tutta la discussione, continua Semon, tenuta finora sopra quest' argomento, ha punto di partenza dall'osservazione clinica, che in una serie di casi nei quali lesioni organiche agirono indubbiamente sopra tutte le radici od i tronchi dell'accessorio, del vago e del ricorrente, una, oppure amendue le corde vocali non apparivano in quella posizione che mostrano dopo la morte, come pure nei casi molto innoltrati di paralisi del ricorrente, sibbene nella linea mediana. La differenza fra le due posizioni apparentemente è lieve, e, dalle misurazioni praticate dallo stesso Semon, ascenderebbe al massimo a tre millimetri. Però, dal punto di vista etiologico, sintomatologico e diagnostico essa è importantissima, dice Semon, e vi si connettono quistioni della più grande entità.—Quanto minore è la differenza effettiva fra le due cennate posizioni delle corde vocali, tanto più scaturisce la necessità di indicare, *con la massima esattezza possibile*, quale era, nel dato momento, la posizione delle corde vocali. Soltanto in siffatto modo, si riesce ad evitare equivoci in si complessa quistione.

Come è ben risaputo, oggi, così in questa come in altre quistioni relativa a fisiologia e patologia dei nervi laringei, si sogliono distinguere *quattro* posizioni delle corde vocali, le quali, se non dal punto di vista del più elevato ideale teoretico, per lo meno da quello della *pratica*, dànno una chiara idea delle svariate posizioni in cui possono presentarsi le corde vocali. Queste quattro posizioni sono: quella di « fonazione », quella « cadaverica », la posizione di « respirazione calma », ed infine quella di « inspirazione profonda ».

Di queste quattro espressioni, la prima (con cui si addita che la rispettiva corda vocale sta nella posizione *mediana*) e la *quarta* (con cui si intende che la corda vocale è accollata alla parete laterale della laringe) sono così evidenti, che non può sorgere alcun dubbio sopra ciò che con esse vuolsi dire.

Meno precise sono, in vece, le altre due indicazioni, cioè posizione di « respirazione calma » e posizione « cadaverica ». Relativamente alla prima, il Semon fa notare che egli tredici anni or sono, al pari di Krause, ebbe a convincersi che questa posizione è dovuta ad un « tono riflesso » dei dilatatori: un concetto questo, che era già precedentemente balenato a Merkel e Schech, e che oggi, dopo la dimostrazione da lui *ripetutamente* data, ha acquistato una importanza fondamentale in tutte le quistioni relative alla posizione mediana neuropatica delle corde vocali. Inoltre, in uno dei suoi rispettivi lavori, Semon espose minutamente una serie di laboriosissime ricerche, con le quali dimostrò che in più dell'80 p. o|o di adulti di amendue i sessi, la glottide, nella respirazione calma, forma un triangolo equilatere, del tutto o quasi del tutto immobile, la cui ampiezza in media è due a tre volte più grande del triangolo formato dalla glottide

cadaverica. Constatò egli altresì, che il minimum di ampiezza del triangolo glottico, durante la vita, è sempre superiore al maximum dopo la morte.— Inoltre, con fatti clinici e sperimentali (nei quali tenevasi anche parola di quanto si osserva incastrando un apparecchio vocale nelle vie aeree) dimostrò che quando *intra vitam* la glottide viene ridotta alla sua ampiezza cadaverica, qualsiasi strapazzo, anche minimo, *altera il tipo respiratorio.*—Da questi fatti egli trasse il corollario, che la parte che l'apparecchio vocale ha nelle vie aeree, dovesse esse ricompensata da un meccanismo naturale, il quale consiste in un *tono provocato per via riflessa* (soprattutto da impulsi che decorrono nel tragitto del vago) *dei dilatatori della glottide*, i quali, durante la vita, si trovano in uno stato di *semi-contrazione permanente*, quale tono, giusta le leggi generali del meccanismo della respirazione, può essere ulteriormente rinforzato, sia con la volontà, sia con altre influenze riflesse.—In fine, questa posizione di « respirazione calma » delle corde vocali non è *costante.* L' ampiezza *effettiva* della glottide, cioè non come essa apparisce nello *specchio* laringoscopico, ma come risponde alle condizioni effettive, ascende nell'*uomo*, in media, a 13,5 mm. Il suo maximum è 19, il minimum 9,5 mm.— Nella *donna* l'ampiezza media della glottide è 11,5 mm., con un maximum di 15 ed un minimum di 9 mm.

Lo stesso, secondo Semon, deve dirsi per la cosiddetta posizione « cadaverica » delle corde vocali, la quale non è *un fatto normale costante.* Inoltre, è da tener presente, che la posizione delle corde vocali, osservata *intra vitam* nella paralisi totale del *ricorrente,* non è completamente identica a quella che si osserva dopo la morte, perchè nel primo caso agisce ancora il *crico-tiroideo.* Quindi, l'espressione « posizione cadaverica » della corda vocale non brilla certamente per precisione, nè è assolutamente identica in tutti i casi. In un lavoro pubblicato dal Semon (1890) nei *Proceedings of the Royal Society,* egli dimostrò, che l'ampiezza media, cadaverica, nell'uomo ascende a 5 mm. (con un maximum di 6 ed un minimum di 3,5) laddove nella donna ascende rispettivamente a 4, 6, 2 mm. Fece altresì rilevare che, per quanto insignificante possa apparire una differenza di 4 mm., trattandosi di un triangolo lungo 20 mm. (ch'è la lunghezza media della glottide nella donna) è sempre da riguardare come molto considerevole se la lunghezza della base del triangolo sia 2 oppure 6 mm.

Ora, dice Semon, tenendo presente tutto ciò, come intendere Grossmann, il quale adopera la espressione « *posizione di adduzione* » come meglio gli attalenta, e propriamente ora per indicare ciò che tutti qualificano come « posizione mediana », ora per indicare un' altra posizione in cui la corda vocale sta più o meno semplicemente vicina alla linea mediana, ora eziandio per dinotare ciò che tutti qualificano come « posizione cadaverica » ? Com'è possibile ammettere che la sua critica sia puramente obbiettiva, quando egli, nel descrivere un suo esperimento, dice che: « le corde vocali prendevano la posizione di adduzione o mediana » !?, Ed in

parecchi punti lascia chiaramente comprendere che egli non fa quasi differenza fra posizione di adduzione e posizione mediana, mentre poi, in un altro passo, la qualifica come un leggiero grado della posizione mediana. E spesso, malgrado tutto l'acume del lettore, non si riesce a comprendere, quale posizione prendessero, nei suoi esperimenti, le corde vocali!



Nella critica che Grossmann fa della nota legge formulata dal Semon, cioè che *nelle affezioni organiche progressive delle radici e dei tronchi del vago, dell'accessorio e del ricorrente le fibre dei dilatatori si paralizzano prima di quelle dei costrittori, oppure esclusivamente*, egli afferma che questa regola non è assoluta, ma ha le sue eccezioni. Non spiega, però, chiaramente nè quali sieno queste eccezioni, nè come si producono. Indi, rimprovera a Semon di avere tenuto una condotta poco corretta, perchè si è atteggiato a giudice in una quistione sulla quale già altri aveva discusso prima di lui, e perchè quasi vorrebbe dare a credere che la quistione relativa all'influenza del crico-tiroideo sulla posizione mediana della corda vocale, non era stata esaminata precedentemente da altri.

Qui il Semon giustamente risponde al Grossmann facendo notare come egli abbia ripetutamente fatto menzione degli esperimenti eseguiti da Schmidt, Schech, Vierordt, Steiner, i quali hanno concordemente rilevato che la recisione di uno, o di amendue i laringei superiori, e rispettivamente di uno o di amendue i crico-tiroidei, non ha una influenza apprezzabile sulla o sulle corde vocali, *per ciò che concerne l'ampiezza della glottide nella respirazione.*

Nè è giustificato l'attacco che rivolge Grossmann al Semon, cioè di avere questi rivolta poca attenzione agli esperimenti di Wagner, i quali, secondo lui, hanno un valore decisivo nel senso che contraddicono i corollarii che il Semon ha desunto dalle sue ricerche cliniche e sperimentali.

A quest'appunto il Semon risponde che egli non soltanto conosceva gli esperimenti di Wagner, ma che li ha altresì ripetutamente controllati. Com'è noto, Wagner affermò di avere constatato che nei gatti, così dopo la recisione unilaterale, come dopo quella bilaterale del ricorrente, si verificano posizione mediana ed immobilità delle rispettive corde vocali, quale posizione dura alcuni giorni, per poi passare nella posizione cadaverica. Nell'annunziare questo risultato, egli credette di spiegarlo ammettendo che la posizione mediana in questi casi fosse dovuta unicamente all'azione del crico-tiroideo. Semon fa rilevare che il Grossmann attribuendo a Wagner la priorità di queste ricerche, non è imparziale, perchè, già prima del Wagner, altri le aveva praticate. Indi, tiene ad additare che fin dal 1881 egli, sia solo, sia insieme a Horsley, ha ripetuto, sopra svariate specie di animali,

molte volte questi esperimenti, e non ha potuto *mai* vedere la posizione mediana, descritta da Wagner.

***

Sconfineremmo se volessimo riportare per filo e per segno, tutte le obbiezioni che Grosmann fa a Semon, e che questi scalza ad una ad una, con una logica stringente. Così, per es., Grossmann taccia di scorrettezza scientifica il Semon perchè non avrebbe tenuto conto degli esperimenti di Legallois, i quali avrebbero dato risultamenti che stanno in contraddizione con quelli descritti dal Semon. E questi, alla sua volta, con molta pazienza, riferisce minutamente tutti gli esperimenti del Legallois, il quale avrebbe constatato che il restringimento della glottide, risultante dalla recisione bilaterale del ricorrente, nei diversi animali « disturba in grado molto differente il passaggio dell'aria ». Grossmann, dice Semon, pur di combattermi, ricorre a mille arti, e non soltanto travisa i fatti, ma crea di sana pianta, ovvero fa dire ad altri ciò che costoro non si erano neppure sognati di dire! In fatti, egli afferma che Legallois avrebbe dichiarato che « alla recisione dei laringei inferiori segue *una occlusione della glottide*, e che la insorgenza repentina della morte può essere impedita soltanto con la tracheotomia ». — Com'è possibile, esclama Semon, sostenere una polemica con un tale avversario, che non si sa se qualificare come uno scienziato di sorpresa, oppure come un giocoliere?

***

In ultimo Semon prende a disamina gli esperimenti di Grossmann, che starebbero in contraddizione con i suoi. E qui con una paziente analisi fa rilevare che questi ad arte, ovvero per ignoranza, ha descritto in modo così confuso i reperti laringoscopici, da lui constatati nelle ricerche sperimentali, che sovente non si riesce a comprendere una jota di ciò che ha veduto, e quindi meno che mai si è al caso di poter attribuire una certa entità a ciò che dice. Basti dire che egli, quando descrive gli esperimenti, dimentica quasi sempre di precisare se la corda vocale, dopo recisione unilaterale del ricorrente, stesse nella posizione cadaverica osservata da Traube, Reid, Schech, Semon-Horsley, Katzenstein, ecc., oppure nella posizione mediana descritta da Wagner, e, in quest'ultimo caso, se fosse rimasta in tale posizione per minuti, ore o giorni. In un solo punto, si riesce ad intravedere che la corda vocale, dopo la recisione *unilaterale* del ricorrente, *non* stava nella posizione *mediana*. — Inoltre, chi è molto versato nelle ricerche sperimentali in questo campo, riesce a dedurre che Grossmnan ha dovuto constatare, « benchè non lo dica o non lo sappia dire », che l'azione della pressione aerea negativa intrapulmonale si estrinseca soltanto dopo

recisione bilaterale del ricorrente, e che neppure allora si verifica posizione mediana *totale* bilaterale mediana, o, in altri termini, chiusura della glottide.

A quest'analisi Semon fa seguire la relazione di alcuni casi clinici, da lui osservati,nei quali potette, in uno per *sette* anni e nell'altro per *dodici* anni, tenere d'occhio l'Infermo; e così il reperto clinico come quello anatomico, rispondevano esattamente alta sua teoria. Indi, riferisce di nuovo gli esperimenti praticati con Horsley nel 1886, e che noi, avendo già riportati a suo tempo nel giornale, ci dispensiamo naturalmente dal ripeterre. A ciò fa seguire la descrizione di altri esperimenti che insieme ad Horsley ha eseguiti l'anno scorso per controllare quelli del Grossmann. Il risultamento è stato in contraddizione con quello deseritto da quest'ultimo, e concorde alla sua teoria.



Il Semon conchiude il lungo articolo affermando che si ritira disgustato da questa, che egli non sa se qualificare come polemica o eome una aggressione.

Habent sua fata libelli! Questa sua teoria è sorta in mezzo ad attacchi e polemiche ed è continuata per anni con questo tono. Pare che un destino belligero penda su di essa, ond'egli è stato costretto, a diversi intervalli di tempo, a difendersi da svariati attacchi, il che ha avuto di buono, dice egli, soltanto che, per difendersi, ha dovuto rifare con novella lena e maggiore acume ed accuratezza gli esperimenti, i quali hanno sempre più in lui ribadito il convincimento, che era sul tramite esatto, e che gli attacchi erano infondati. Ora, però, dichiara recisamente, che si sente stanco ed assicura che non risponderà più ad eventuali attacchi che potessero essere rivolti alla sua teoria. In un solo caso, conchiude egli, ritornerò ancora una volta a parlare, ed è se nuovi fatti, che si potessero scovrire, deponessero con vera obbiettività scientifica, cioè scevri da qualsiasi, anche se minima, sfumatura subbiettiva, pro o contra la medesima.

MEYER

O' DWYER prof. J. — *Intubazione prolungata. Cause e cura* (*Retained intubation tubes. Causes and treatment*).

Io mi propongo non una recensione, ma un largo sunto di questa importante comunicazione, la quale studia i più gravi problemi della intubazione, e mi permetterò qualche nota illustrativa unicamente per farne risaltare i pregi, i quali saranno apprezzati in ragione diretta della familiarità acquistata con il nuovo processo.

Nella riunione del 6 Maggio 1897 della Società Pediatrica Americana, tenuta in Washington, il padre della intubazione studiando dapprima le

cause per le quali questa efficace risorsa, nel crup, dev' essere talora continuata lungo tempo dopo la scomparsa della malattia originale, formula le seguenti 3 leggi:

1) il trauma è la causa che compendia, nella difteria laringea, tutti i momenti della persistente stenosi da intubazione, alla quale fa una rara eccezione la paralisi dei postici;

2) la lesione laringea è determinata da un tubo disadatto, cioè o malamente costruito, o che perfetto per costruzione, sia troppo largo per il lume della laringe, sebbene rispondente all'età; od infine da un tubo che risponda alle due menzionate condizioni, ma che non è stato nettato negli intervalli necessari. Fanno eccezione a codesto postulato, le lacerazioni frutto di inesperienza, nell'introdurre o rimuovere il tubo;

3) la sede della lesione che mantiene la stenosi è la regione ipoglottica e propriamente quella che corrisponde alla cartilagine cricoide. Fanno eccezione a questa regola i traumi prodotti dalla testa del tubo, verso uno dei lati della base dell'epiglottide, proprio al disopra delle false corde.

Perchè un tubo ben costruito e ben proporzionato produce lesioni laringee, e perchè queste si verificano al di sotto delle vere corde?

O' Dwyer risponde presentando 2 laringi di bambini, una sana, l'altra affetta da difterite.

Una sezione a livello della regione cricoidea mostra che il punto, normalmente più angusto, è a livello della cricoide, e perciò conviene usare piccoli tubi; e nella laringe patologica, la differenza può essere enorme per l'infiltrazione della mucosa, la quale trovando all'esterno la resistenza della trama cartilaginea, non può tumefarsi che concentricamente, a spese dello spazio respiratorio.

Si comprende, quindi, agevolmente, che spingendo con forza un tubo adatto all'età, in queste condizioni, debba necessariamente seguirne ulcerazione o rammollamento dei tessuti, con possibile necrosi della cricoide per ostacolata circolazione. E per vero, una protezione contro simili complicanze si ha nella necessità di dovere sostituire un tubo di calibro inferiore.

Una grave stenosi ipoglottica non è cosa facile a riscontrarsi; ma un certo grado d'infiltrazione ha luogo, colà, in ogni caso di crup, e perciò il grado della compressione esercitata dal tubo sarà differente; epperò che vi sia o non ulcerazione, basta l'edema collaterale per giustificare la persistenza della stenosi.

In siffatte evenienze succede che, nei primi periodi, fra la estubazione ed una nuova intubazione può passare l'intervallo di varie, e fin di parecchie ore; ma poco, a poco l'intervallo diminuisce, sino a farsi minimo e concedere appena il tempo per reintubare. Il lento ristabilirsi della dispnea, dunque, significa che la stenosi è tuttavia, e principalmente limitata nella regione ipoglottica, la mucosa della quale non può tumefarsi, per la com-

pressione esercitata dal tubo, quando quello è a posto; mentre il rapido ritorno della dispnea denota la presenza di tessuto edematoso che si frappone nella rima glottidea, non appena il tubo è tolto.

In casi eccezionali, la rapida asfissia può dipendere da granulazioni più in alto, o da completa distruzione della cartilagine cricoide, ovvero da paralisi dei postici. La eccezione, che ha maggiore interesse, è rappresentata da granulazioni le quali partono dalle pareti antero-laterali del vestibolo (proprio sopra delle false corde) e dipendono da ulcerazioni od erosioni per la pressione esercitata dal tubo, durante l'atto della deglutizione, col suo maggior diametro antero-posteriore corrispondente a quello che si chiamano le spalle del tubo. Se la testa di questo è scabra, vuoi per difetto di fabbricazione, vuoi per accumulo di sali calcarei, ne può seguire una ulcerazione, e quindi granulazioni che penderanno nella rima glottidea e la ostruiranno.

La completa distruzione della cricoide, per cui i tessuti molli fra tiroide e primo anello tracheale facilmente si prolassano, non appena, rimovendo il tubo, viene a mancare il sostegno, menano allo stesso effetto, cioè alla rapida asfissia, sebbene, fortunatamente, codesta sia una ben rara evenienza. (L'A: ne riferisce un caso assai istruttivo, col controllo dell' autopsia; dopo una settimana, un bambino di 3 anni, cominciò ad espellere il tubo, ed una volta non si riuscì a reintubarlo a tempo).

O' Dwyer confessa che poco sa intorno alle paralisi delle corde come causa di una prolungata intubazione: bene a ragione osserva che, in mancanza di esame laringoscopico, codesta condizione non è facile a distinguersi dalle altre, ed io sono perfettamente di accordo con lui, non solo per le giuste considerazioni che espone, rilevando come la paralisi degli adduttori, o la paralisi completa delle corde non possa indurre grave ed istantanea dispnea, ma anche per quelle, non meno precise, relative alla rarità ed alla tarda sopravvenienza nella difterite laringea.

Il trattamento, nella maggior parte di codesti casi, viene suggerito dalla causa e dalla sede dell'ostacolo. Se può incolparsi la eccessiva compressione, è naturale che bisogna diminuire adegnatamente il calibro del tubo, sino a scendere di 1-2 numeri della serie, purchè le spalle od il corpo del tubo rispondano all'età, acciò rimanga in sito.

Mentre, dice l'A,, e sarà bene testualmente ripeterlo in opposizione a quanto fu da altri sostenuto, nei casi ordinari il tubo è mantenuto a posto dalla contrazione delle corde vocali, nella notevole infiltrazione ipoglottica è la stenosi che prende il posto di quella, ed a meno che la mucosa non sia necrosata per vasta estensione, un certo grado di tumefazione è, non solo cosa necessaria, ma desiderabile.

Questa osservazione fa giustizia della opinione secondo la quale, come regola, si vorrebbe attribuire alla regione cricoidea il merito di questa valida

fissazione del tubo; mentre, ammessa la suesposta condizione patologica, essa diventa la eccezione.

Per scongiurare gli effetti funesti della compressione esercitata da un tubo che abbia ampie spalle, tuttochè piccolo di corpo, o bisogna sostituire un tubo più lungo, o fare in modo che il rigonfiamento stia proprio vicino alla testa; ma nei casi di intubazione prolungata conviene avere sempre due tubi simili, potendo essere richiesta urgentemente la reintubazione, pria che s'abbia il tempo di nettare la cannula che era a posto.

Dovrebbe cambiarsi il tubo ogni 5 giorni, affine di evitare le irritazioni della mucosa dipendenti da depositi calcarei, che variano nei singoli casi, ed ordinariamente si rassomigliano a granuli scabri; se il tubo non presenta di simili concrezioni, può, reintrodotto, lasciarsi in sito per una settimana.

Il tempo reclamato per fare a meno della cannula, nei casi d'intubazione prolungata, dipende da quello durante il quale il tubo rimane in sito; il trattamento ideale, nei casi consimili, sarebbe quello fatto da tubi non metallici, cioè che non si prestano a depositi calcarei e possono restare a lungo in laringe.

Ora si stanno praticando esperimenti, che bene promettono, con tubi di vulcanite muniti di sottile fodera metallica onde acquistare sufficiente forza, senza aumentare lo spessore delle pareti.

Riguardo alla frequenza di codesti casi, O' Dwyer si riporta a 535 osservazioni personali (intubazioni per crup), e c'informa che, il primo caso d'intubazione prolungata è rappresentato dalla sua 251ª osservazione, riferibile ad un ragazzo di 3 1/2 anni, nel quale, a causa d'una ulcerazione sotto-glottica senza edema secondario, 2 o 3 volte il tubo venne cacciato; ma la dispnea non ritornava che dopo otto ore circa, e fu mestieri far restare la cannula sino al 29° giorno, il tempo più lungo di tutti i suoi casi, tranne una eccezione, fatta dalla 383ª osservazione riferibile ad un bambino di 18 mesi, nel quale il tubo fu ritenuto per 11 settimane: questo veniva rimosso una volta la settimana, ma era mestieri reintrodurlo sol dopo 15-30 minuti; era sempre ricoperto da depositi calcarei, ed anche dopo la definitiva ablazione della cannula, persisteva una certa difficoltà della respirazione che si dileguò in pochi giorni.

L'A. ricorda altri 3 casi, nei quali il tubo dovette restare in laringe 27 giorni e due fiate 24 giorni (trascura quelli di minore durata e gli altri del periodo anteriore alla cura col siero).

Tutti guarirono con niente altro che la intubazione: di tracheotomia non si è neppure discusso, perchè, salvo eccezioni, delle quali più oltre si dirà, è la peggiore cosa che possa farsi:

1) perchè la cannula tracheale, portata a lungo, invariabilmente produce, per conto proprio, una stenosi (al di sopra della ferita) più difficile a curarsi di quella che ha reclamata la operazione;

2) perchè, se esiste una estesa ulcerazione ipoglottica, nel momento in

cui si apre la trachea, la rapida guarigione che si verifica tende a determinare una stenosi cicatriziale, se non una completa occlusione. Invece, la lenta riparazione attorno ad un conveniente tubo da intubazione, ovvia a questi pericoli ed è l'unica âncora di salvezza in casi simili. O' Dwyer, in conferma di questo postulato, riferisce un caso molto istruttivo: nell' anno 1888 fu praticata per crup, ad un bambino di anni 3 1|2, l' intubazione. S'incontrò molta resistenza nell'introdurre il tubo, che venne tolto definitivamente dopo 5-6 giorni.

Dopo parecchi mesi, egli fu consultato perchè il bambino affannava assai. Non si riuscì ad introdurre il più piccolo tubo della serie, nè le più piccole candelette, ciò che denotava una stenosi cicatriziale ipoglottica. Allora si raccomandò la tracheotomia, con la dilatazione praticata da sotto in sopra e l'intubazione, ma il consiglio non venne accettato e per 5 anni il bambino visse bene, sebbene sempre affannando, sino a che non sopravvenne un accesso di falso crup. Chiamato il dottor Lesser (che conosceva lo stato delle cose) fece la tracheotomia, la dilatazione e tolse la cannula dopo pochi giorni. Da 4 anni il ragazzo non ha sofferto più nulla; ma questa storia prova che se si fosse continuata la intubazione, nel primo periodo, anzichè togliere il tubo, le cose sarebbero andate altrimenti, specie se si fosse adoperata una cannula più piccola di quella che avea prodotta la ulcerazione.

Le acute deduzioni che in base a questo esempio l' A. ritrae, sono di un alto interesse pratico: è naturale sospettare, malgrado la rarità di questi casi, che ve ne siano altri, meno accentuati, i quali si verificano probabilmente molti anni dopo l'avvenuta guarigione del crup.

La respirazione può eseguirsi perfettamente attraverso una apertura tanto piccola, che un moderato grado di spasmo non è avvertito, sino a che non diventa grandissima la sproporzione fra lo sviluppo del corpo e quello delle vie aeree, il che si verifica appunto nei primi anni dell'adolescenza. Quando si ha agio di osservare un caso di dispnea laringea, dodici o più anni dopo l' intubazione, non vi può essere che poco dubbio sulla causa e la sede della stenosi, e perciò la pratica adottata in alcuni degli Ospedali Europei di ricorrere alla tracheotomia se non può farsi a meno del tubo da intubazione entro un certo numero di giorni, riesce incomprensibile ad O' Dwyer.

La ragione che la giustifica è il pericolo del decubito; ma l'ulcerazione si verifica nei primi pochi giorni, quando i tessuti sono tuttavia acutamente infiammati ed infiltrati, e spesso guarisce quando cessa la tumefazione, anche senza ridurre il calibro del tubo.

La prima fra le cause eccezionali d'intubazione prolungata, ed una delle più difficili a combattersi, è rappresentata dalle granulazioni che sorgono dalle superficie ulcerate per la compressione laterale fatta dalle spalle d'un tubo mal costruito o troppo grande, o divenuto ruvido per depositi granulosi.

Se le granulazioni sono molto sviluppate, si frammettono nella rima glottidea, ostacolando la respirazione appena si toglie il tubo. Fu nel 1888 che l'A. ebbe ad osservare, per la prima volta, questa complicanza in un ragazzo di 8 anni, il quale gli fu condotto perchè lo si voleva liberare dalla cannula tracheale che portava da un anno. — Era stata fatta la tracheotomia alta ed il laringe era completamente occluso da aderenze delle corde ed altri tessuti fra loro e la cannula. Queste furono rotte da sotto, allargando la ferita esterna e si mise in laringe un tubo di piccolo diametro, che si toglieva ogni settimana, rimpiazzandone subito uno pulito, dacchè si minacciava apnea. Ciò continuò parecchie settimane senza miglioria, ed allora si pensò meglio di lasciare il tubo in sito per un mese.

Con lo specchio laringeo, intanto, si vedevano due masse rosse, granulanti, che sorgevano dalle parti anterò-laterali fra la epiglottide e le spalle del tubo. Si pensò, quindi, rimuoverlo e cangiarlo di nuovo ogni settimana; ma le granulazioni aumentavano tanto, da raggiungere persino il lume del tubo, sicchè si escogitava il modo come regolarsi e si discuteva se aprire nuovamente la trachea. Un laringologo, sopracchiamato, nulla potette fare, per la intolleranza del piccolo infermo, e fu allora che O' Dwyer pensò servirsi di un tubo che avesse la testa più alta con curva molto marcata in dietro, allo scopo di fare sì, che le granulazioni non potessero raggiungerlo tanto in alto, cangiare i punti ove si esercitava la compressione ed evitare l' ostacolo alla respirazione; ma con tale modifica a quest'ultimo inconveniente soltanto si ovviò. E poichè i genitori del bambino dovettero allontanarsi, O' Dwyer fece costruire un tubo di eguale forma, ma di vulcanite, che si proponeva lasciare in sito por 3 mesi, tranne in caso di difficoltà respiratoria che insorgesse prima, ciò che infatti avvenne, e con difficoltà si potette togliere il tubo; ma 5 giorni dopo, il piccolo paziente moriva istantaneamente per « *paralisi cardiaca* » secondo gli venne riferito. L' A. è di avviso che la morte sia avvenuta per apnea, in seguita a frapposizione delle granulazioni nello spazio glottico.

L' esperienza acquistata da questo caso, è grande; esso mostra i pericoli della protratta stazione in laringe d'un tubo metallico; senza le ricordate complicanze la cura della stenosi, in quel caso, sarebbe stata soltanto questione di tempo.

Di casi di granulazioni, come causa d'intubazione prolungata in seguito a crup, O' Dwyer non ne ricorda che due; in uno, coi tubi a testa alta si riuscì alla guarigione a capo di 10 mesi; in un altro (ragazzo a 4 anni) lo stesso tubo valeva stupendamente ad allontanare le vegetazioni che si sentivano col dito, ma non appena si toglieva, si minacciava asfissia. Con lo specchio laringoscopico non riuscì togliere le vegetazioni, sicchè dopo 15 mesi il bambino fu fatto entrare in un Ospedale ove si praticò la tracheotomia: in 3 giorni, morte per bronco-pneumonite.

Bene a ragione l' A. rileva che le difficoltà per combattere codeste gra-

nulazioni fungose (le quali rappresentano un tentativo di guarigione abortito) dipendono appunto da quelle relative alla costruzione d'un tubo, che sottragga interamente alla compressione le superficie lese. Se fosse possibile toglierne tante, quanto riesca fare a meno del tubo per qualche giorno, con probabilità si verrebbe a capo della cura, e questo esperimento O' Dwyer si propone eseguire alla prima occasione, servendosi del tatto, e non dello specchio, il quale difficilmente si applica nei piccoli bambini. Che se il tubo speciale, in casi consimili, non riesce, non rimane che la tracheotomia; ma bisogna affrettarsi a togliere la cannula appena aria sufficiente alla vita passa per le vie naturali, unico mezzo per schivare il rischio di doverla tenere a permanenza, o ripetere l'intubazione per liberarsene.

Quando v'è completa distruzione della cartilagine cricoide, la tracheotomia è l'unico scampo, nè sorride la speranza di poter togliere la cannula.

In caso di paralisi degli adduttori, bisogna aumentare il calibro del tubo per far sì che alla contrazione mancante delle corde, supplisca la costrizione nella regione cricoidea. Le persistenti stenosi da ripetute lacerazioni della mucosa per inconsulto uso degl'istrumenti, specie dell'estrattore, reclamano pazienza ed attenzione: l' A. vi è riuscito togliendo e reintroducendo il tubo 2 o 3 volte, con intervalli di 5 giorni.

Egli crede che se personalmente non ha una larga statistica di cosiffatte complicanze, ciò è dipeso:

1) dall'uso d'istrumenti perfetti;

2) dalla scelta appropriata del tubo, fatta più che dall'età, dalla taglia del bambino;

3) dall'aver usato, oltre ai tubi noti (quelli corti e larghi compresi), per parecchi anni, due altre serie: una di tubi a grande testa, un'altra di tubi a larghi rigonfiamenti, affine di evitare l'uso di quelli molto grandi. Su per giù, l'A. accentua, per i bambini, quella stessa necessità ch'io feci risaltare per gli adulti: molti tubi adattabili ai singoli casi; ora con testa grande e corpo piccolo (stenosi avvanzate); ora con testa piccola e grande corpo (per evitare i danni della compressione che si avrebbero da un tubo, *in toto*, di maggiori dimensioni).

Nella sua vasta pratica O' Dwyer ebbe agio di notare che, 25 o 30 volte chiamato in consulto per casi d'intubazione prolungata, ciò si era verificata per tubi portanti la indicazione di 3-4 anni; allora si convinse che questi tubi erano troppo grandi o divenivano tali per iperplasia dei tessuti, in molti casi riferibili a bambini di 3 anni, e dopo alcune modifiche, fece aggiungere un altro numero per questa età. Così venne anche ridotto il volume del tubo per bambini a 2 anni; sicchè i tubi che prima si adoperavano per infermi da 3-4 anni di età, ora si adoperano per quelli di 4-5 anni, ed i numeri 5-7 della vecchia scala, ora rispondono a 6-7.

Ma, in America, dove abili istrumentisti sono sempre a disposizione dei chirurgi, facilmente si ottengono tubi che, mentre p. e. per calibro rispon-

dono al numero 3 della scala (per bambini di 3 anni), hanno testa col n. 6-7, cioè sono adattabili a bambini più grandi. Un caso molto istruttivo riguarda un bambino nel quale, pur diminuendo il calibro del tubo, gl' intervalli durante i quali se ne poteva fare a meno, da ore discesero a minuti, e fu con l'addizione di allume di cui si spalmò il tubo su cui si applicò della gelatina, che si riuscì a combattere la presunta causa della prolungata intubazione, cioè edema probabilmente con granulazioni al di sotto della glottide. Ed è probabile che se si fossero dati intervalli di soli 2-3 giorni nella applicazione del tubo, invece di 5, quanti se ne concedettero in tal caso, l'efficacia sarebbe stata maggiore; ma intorno a ciò non potrà dire l'ultima parola che l'esperienza.

Non senza ragione, dunque, noi facemmo presentire i preziosi ammaestramenti che scaturiscono da queste osservazioni, e siamo certi che i lettori ce ne saranno grati.

MASSEI.

TERZO CONGRESSO

DELLA

Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia

tenuto in Roma del 28-30 ottobre 1897

Resoconto sommario pel dottor R. BORGONI (1)

Il Prof. Grazzi, presidente della Società pel biennio 1895-97, dichiara aperto il 3° Congresso, e rivolge agli intervenuti un affettuoso saluto, commemorando pure il defunto socio, Prof. Corradi (di Verona).

Il nuovo ufficio di presidenza pel biennio 1897-99 risulta, per elezione, costituito così: Gradenigo, *Presidente* — Masini, *Vice-Presidente* — Grazzi e Fasano, *Consiglieri* — Garzia, *Segretario del Consiglio* — Arslan, *Segretario della Società*.

Sono, poscia, nominati nuovi *soci ordinarii*, i Signori Professori e Dottori: Borgoni Raffaello — Chiucini Gelosio — Cipollone Tommaso—Faraci Giuseppe — Galetti Vittorio — Garbini Giuseppe — Geronzi Gaetano — Guarnaccia Ernesto — Lalatta Gabriele — Martuscelli Giulio — Prota Giuseppe — Romanini Giovanni — Rosati Teodorico — Villa Achille — Zapparoli Luigi.

Il dottor Sendziak è nominato *socio corrispondente*.

Fra i temi assegnati alla discussione primo è quello:

sul valore dell' autoscopia nella diaguosi e cura delle affezioni laringee. Relatore il prof. Ferreri (di Roma).

L'O., nella prima parte della relazione, fa la storia di tutti i mezzi diagnostici, dall'epoca anteriore al laringoscopio, che abbiano una certa affinità con quello proposto da Kirstein e da lui denominato *autoscopia*. Passa, quindi, ad una minuta critica del nuovo sistema d' esame, raccogliendo il giudizio dei più distinti specialisti italiani e stranieri. Termina riferendo le sue esperienze personali, tanto sul valore diagnostico, quanto sull'utilità terapeutica dell' *autoscopia*.

---

(1) Poichè il nostro periodico non si occupa di argomenti di Otologia, riportiamo soltanto ciò che riguarda Laringologia e Rinologla.

N. d. R.

Discussione.

Faraci (Palermo) — Vorrebbe che venisse sostituita alla parola *autoscopia* l'altra di *laringoscopia diretta*, come denominazione più razionale. Ritiene che negli adulti la laringoscopia diretta, dal punto di vista diagnostico, sia inferiore a quella riflessa, pel continuo spasmo dei muscoli dell'esofago e della laringe. che non permette una esatta osservazione. La ritiene però, e sempre che l'infermo si presti, di grande vantaggio per le operazioni endolaringee.

Palazzolo (Agira) — Ha trovato abbastanza utile l'*autoscopia*, servendosi della luce solare diretta, nei corpi estranei in laringe. Riferisce un caso in cui, mercè questo mezzo, potette con facilità estrarre una sanguisuga dalla trachea.

L'altro tema affidato alla perizia del prof. Gradenigo di Torino porta per titolo: *le vegetazioni adenoidi in Italia*.

L'O. comincia a discutere la denominazione in uso delle vegetazioni adenoidi e vorrebbe che venisse sostituita con quella di *iperplasia adenoide*, perchè risponde bene, non solo al concetto anatomico, ma anche a quello istologico. Riferisce come siano molto divergenti le indicazioni dei singoli autori sulla frequenza di tale affezione in Italia, ed a comprova di questi fatti, legge una serie di statistiche. Dopo altre considerazioni, passa a discutere le indicazioni dell'intervento, che trova giustificato specie quando esistono complicanze auricolari. Ricorda i diversi metodi di cura palliativa, come pure i varii strumenti per l'ablazione e si ferma al raschiatoio di Gottstein, al quale dà la preferenza. Non caldeggia la narcosi col cloroformio, ma è entusiasta di quella col bromuro di etile. Conchiude che nessuna operazione nel campo della specialità dà così brillanti risultamenti come l'ablazione della tonsilla faringea iperplastica.

Discussione.

Grazzi (Firenze)—In varii anni ha potuto osservare in 157 sordomuti un solo caso di vegetazioni adenoidi. In linea generale egli riserva l'intervento chirurgico ai casi nei quali le vegetazioni, ancorchè ledano la funzione respiratoria, son causa di recidive di affezioni auricolari. Nei casi leggieri le lascia ai loro naturali esiti.

Masini (Genova)—Ritiene che la frequenza delle vegetazioni adenoidi, almeno in Italia, è varia a seconda delle diverse regioni. Afferma che si trovino egualmente lesioni diffuse e limitate, quindi accetta la modificazione del nome in quello di *degenerazione adenoide*, purchè si aggiunga sempre *faringea*. Ricorda gli studi di Origene Masini per ciò che riguarda lo

sviluppo delle vegetazioni adenoidi e per le alterazioni generali che producono. Ritiene le complicanze auricolari dovute in parte all'occlusione della tromba ed a disturbi infiammatorii della cassa, per terreno favorevole allo sviluppo di microrganismi patogeni in seguito alla degenerazione adenoidea.

Gradenigo (Torino) — Ringrazia i colleghi Grazzi e Masini delle obiezioni sollevate a proposito di alcuni punti della sua relazione, perchè così gli porgono occasione di completare la discussione di alcune parti, alle quali, per la vastità del tema e la brevità del tempo, non ha potuto che accennare rapidamente.

Comunicazioni scientifiche riguardanti gola e laringe

Ajello (Napoli)—*Sullo spezzettamento delle tonsille.* — L'O. dopo aver passato in rassegna i diversi processi operativi per l'ablazione delle tonsille, parla delle principali indicazioni dello spezzettamento. Ritiene che questo mezzo sia efficace nelle forme d'ipertrofia sessili, quando è quasi inevitabile una emorragia, ed è anche da preferirsi negli individui pusillanimi, che non tanto facilmente si piegano alla tonsillotomia.

Discussoine.

Masucci (Napoli)—Preferisce lo spezzettamento alla tonsillotomia, per le possibili emorragie. È di avviso, però, che occorrano pinze taglienti onde poter escidere pezzi di piccolissimo volume. Considera le pinze di Hartmann e di Ruault non adatte allo scopo, perchè queste schiacciano, contundono e si finisce per strappare sempre un pezzo più grosso di quello che si vuole. Presenta un modello di pinza per lo spezzettamento da lui ideata, che nella pratica gli ha reso buoni servigi.

Garzia (Napoli) — Vorrebbe, che a proposito dello spezzettamento, venisse ricordata anche la pinza di Arslan, che egli adopera con vantaggio da diverso tempo. Non è dell' avviso del Masucci, che le pinze producono emorragie per strappamento, ed è di credere che la pinza da lui ideata non debba poi dare tutt'i vantaggi vantati. La pinza di Arslan produce torsione e non strappamento.

Arslan (Padova) — Fa notare come sino da 4 anni dietro egli abbia portato nel campo della specialità la questione dello spezzettamento e come abbia fatto costruire un istrumento del quale ebbe sempre a lodarsi. Il metodo dello spezzettamento è identico a quello descritto da Ajello, ma differisce solo in un particolare relativo alla torsione, che devesi attuare col metodo e con lo strumento da lui proposto. In tal guisa i risultamenti saranno ottimi.

Borgoni (Napoli)—Non crede si debba oggi, in vista del nuovo processo per l'ablazione delle tonsille, e del quale non è entusiasta, tanto esagerare i pericoli della tonsillotomia, che resta sempre il mezzo più sicuro, più

facile e più sollecito. Le emorragie gravi, noiose, negli adulti, non debbono poi tanto impensierire.

In 500 e più casi che egli ha visto operare durante il suo assistentato nella Clinica del prof. Massei, 2 volte soltanto si ebbero emorragie noiose, che sebbene ribelli ai comuni emostatici, cedettero d'incanto alla semplice compressione digitale.

Egidi (Roma) — Trova anche egli esagerati i pericoli della tonsillotomia, che non si può abbandonare per sostituirla allo spezzettamento. Ritiene questo, nei bambini, di difficile applicazione, e dice che la tonsillotomia terrà sempre il primo posto. L'emorragia non deve impensierire, perchè si arresta coi comuni mezzi. Ricorda, per altro, un caso in cui il prof. Durante dovette procedere all'allacciatura della carotide primitiva.

Gradenigo (Torino). — Gli sembra che nella discussione non si sia abbastanza tenuto conto delle indicazioni. Egli adopera la *discissione*, quando v'è essudato concreto raccolto nella cripte; nella iperplasia semplice peduncolata ricorre alla *escissione col tonsillotomo* o *col coltello ad uncino;* e nella iperplasia così detta incappucciata, preferisce lo *spezzettamento* così ben descritto da Arslan. Solo nel caso di persone emofilliche si potrà pensare all'ansa candente, che manovrata con prudenza rende ottimi servigi.

Arslan (Padova) — *A proposito dell' angina e rinite pseudo-membranosa contagiosa da bacillo della setticemia dei suini.* — L'A. riferisce la storia di altri 5 casi, i quali vengono ad aggiungersi alla statistica già pubblicata nei fascicoli 1-3 del vol. VI (1897) dell'*Archivio Italiano di Otologia.* Fa notare che è necessario, poichè l' etiologia non è ancora bene conosciuta, di procedere ad un esame microscopico diligente e dettagliato, per non nuocere alla profilassi. Egli, anche in questi casi, ha fatto indagini in varii mezzi: dall'esame microscopico semplice del materiale raccolto *in loco*, è passato successivamente alle culture ed alle inoculazioni negli animali. Mai gli fu possibile riscontrare il bacillo della difterite, nè altro (streptococchi, stafilococchi ecc.). Il microrganismo che costantemente ha rinvenuto, è un bacillo corto, piccolo, colle estremità leggermente ingrossate, di cui il centro appare più chiaro, colorandosi meglio i poli. Si colora bene coi comuni colori di anilina e discretamente col metodo di Gram.

Discussione.

Palazzolo (Agira) — Chiede ad Arslan se nella malattia da lui illustrata ha mai usato il siero antidifterico e, nel caso affermativo, con quale risultato.

Biaggi (Milano) — *Laringite cronica consecutiva ad ozena, guarita con le iniezioni di siero antidifterico.* — Esposizione del casi, con la relativa epicrisi.

Discussione.

Egidi (Roma)—Narra un caso identico, nel quale l'affezione laringo-tracheale guarì ben presto con le iniezioni di siero (6000 u. i. in tutto), mentre l'affezione ozenatosa delle vie nasali rimase immutata. Aggiunge che il siero gli diede risultati negativi, adoperato nei semplici casi di ozena nasale.

Damieno (Napoli)—*Stenosi laringo-tracheali acute e croniche e loro cura.* — L' O. divide le stenosi laringee in *extra-laringee* ed *intra-laringee,* le quali ultime possono avvenire o per *alterazioni di natura flogistica,* così comune che specifica (crup, laringite catarrale e flemmonosa, localizzazioni della sifilide, tubercolosi, ecc.), o per *alterazioni di natura neoplastica* (tumori benigni e maligni), ovvero per *alterazioni di origine nevropatica* (spasmo), o infine, per *alterazioni di ordine accidentale* (corpi estranei).

Anche le stenosi tracheali sono ripartite in *extra-tracheali* o da *compressione,* ed *intra-tracheali,* le quali, clinicamente parlando, si dividono in *stenosi* per affezione primaria, autoctona del lume tracheale, ovvero in *stenosi* che susseguono ad atti operativi (intubazione, tracheotomia).

Nei restringimenti laringo-tracheali il sintoma che s'impone è la dispnea accompagnata da un rumore caratteristico (*cornage*), da infossamento all'epigastrio, al giugulo ecc.

Quanto alla cura, così si esprime: nella laringite stridula, come nel crup bisognerà preferire l'intubazione alla tracheotomia, che si limiterà a casi specialissimi.

L' istessa condotta si deve serbare nelle laringiti da morbillo, vaiuolo, tifo, ecc, come pure nei casi di erisipela laringea, laringite flemmonosa, edema del glottide.

Nelle stenosi da sifilide, se vi sono le condizioni opportune pel passaggio di un tubo, è tanto di guadagnato; in caso contrario, si pratica la tracheotomia, ripetendo, non appena si può, la intubazione per impedire la eccessiva retrazione della parte.

Nei restringimentl da tubercolosi, se la lesione laringea è compagna di fatti pulmonali insignificanti o nulli, la tracheotomia dà ottimi risultati; ma se i fatti pulmonali sono gravi, è meglio preferire l' intubazione, che può provvedere all'urgenza del momento.

Nei casi di stenosi per lupus, lepra, rinoscleroma, si praticherà la tracheotomia. Quando esistono diaframmi o briglie cicatriziali, bisognerà prima tagliare queste produzioni con coltellini nascosti e poi intubare.

Nelle stenosi d'indole neoplastica o per corpi estranei, è sempre da praticare la tracheotomia.

Infine, nei restringimenti d'indole nevropatica, se lo spasmo avviene per fatti centrali o periferici, si praticherà la tracheotomia; se poi avviene per fatti riflessi, a questa sarà preferibile l'intubazione.

Egidi (Roma)—*Contributo alla statistica dell'ascesso peri-tracheo-laringeo nei bambini, descritto dal prof. Massei.*—Ricorda come tanto dopo la intubazione, che la tracheotomia, egli ha notato, al pari del Massei, piú volte la fuoriuscita di pus nei bambini operati per crup. Su questo fatto egli ha richiamato l'attenzione dopo la pubblicazione del Massei.

Descrive 2 casi occorsigli, i quali possono a giusto titolo entrare in questa classifica, perchè notò resistenza nell'introduzione del tubo e dovette ricorrere alla tracheotomia; una buona quantità di pus venne fuori dalla ferita tracheale; il reperto batterico fu negativo pei bacilli di Loeffler. Riferisce per sommi capi le idee del Massei per ciò che riguarda la diagnosi, la sede, il punto di origine della raccolta purulenta, la etiologia, la patogenesi, la diagnosi differenziale con altre forme rassomiglianti e la cura, ch'è presso a poco simile a quella del crup. Si augura di vedere ben presto dimostrata come realtà, ciò che il Massei ha avvanzato come una ipotesi.

Discussione.

Damieno (Napoli)—Riferisce il caso di una donna a 35 anni, in cui l'ascesso si ruppe durante l'introduzione del tubo da intubazione che avea testa grossa e corpo sottile. L'inferma guarì completamente, e per diversi giorni, all'esame laringoscopico, si vedeva sulla parete laterale sinistra della trachea il punto di fuoriuscita del pus, che dopo cicatrizzò del tutto. L'O. promette a suo tempo una dettagliata relazione di questo caso così importante, che sarebbe il primo di ascesso peri-tracheo-laringeo in persona adulta.

Dionisio (Torino)—Ricorda che negli adulti, negli ascessi flemmonosi del collo, i quali sono causa di stenosi laringea, v'è pure disfagia. Preferisce la tracheotomia all'intubazione nelle stenosi laringee e tracheali dovute ad ascessi.

Fasano (Napoli) — Fa la storia di un bambino affetto da intensa laringostenosi acutissima, consecutiva a pneumonite infettiva. Si praticò intubazione e tracheotomia. Dalla ferita tracheale venne fuori pus, che sottoposto all'esame batterico svelò la presenza dello streptococco di Fehleisen. Ritiene, quindi, che queste forme debbono rientrare in quella dell'erisipela laringea, che al presente deve ritenersi più frequente di quanto non si possa pensare, e che gli ascessi laringei si potrebbero considerare come un esito di quella. Nelle forme acutissime di laringostenosi, tranne il caso di cagioni speciali e meccaniche, non sa pensare diversamente che all'erisipela. La intubazione può riuscire come mezzo del momento, ma non classico. Chiede ad Egidi con quale risultamento egli ha praticato l'intubazione in casi di erisipela laringea.

Gradenigo (Torino) — Ha osservato un caso analogo, non perfettamente eguale a quelli descritti da Massei, Damieno, Egidi e Fasano. Nel suo infermo, dopo la tracheotomia, rimase un edema cronico della mucosa laringea e per molte settimane continuò l'uscita di masse ne-

rastre, che l'esame microscopico assicurò essere cenci necrotici. Anche con la laringo-fissione non fu possibile riconoscere l' esistenza di seni fistolosi nell'interno della laringe e dei primi anelli della trachea.

Egidi (Roma)—Risponde che il caso di Damieno è splendido e viene ad aumentare il numero della nascente statistica relativa a questa nuova forma. Lo stesso dice per il caso di Gradenigo. Fa notare a Dionisio che non sempre è necessario vi sia la disfagia, poichè l'ascesso è quasi sempre intra-laringeo e sotto-mucoso, mentre provoca stenosi tale da richiedere l'intubazione o la tracheotomia. Risponde a Fasano dicendo che egli ha avuto più volte occasione di praticare l'intubazione nell' erisipela laringea con buoni risultamenti.

Egidi (Roma)—*Trattamento delle stenosi laringee nei bambini, dopo la intubazione e la tracheotomia.*—Ricorda come le stenosi croniche siano di difficile trattamento negli adulti; ritiene assolutamente ardua la cura nei bambini. Descrive brevemente il processo da lui usato, che compendia nel modo seguente. Cloroformizzazione ed escissione del cercine del tessuto cicatriziale esterno alla cannula; raschiamento delle fungosità del tratto tracheale superiore alla cannula e inferiore della laringe. Introduzione d'uno specillo curvo per fare strada alla pinza del Trousseau, che viene applicata rovesciata e spinta in alto, fino a sorpassare l'ostacolo in laringe.

Poscia apre con molta forza, facendo una vera divulsione. Dopo qualche giorno di riposo toglie, ad intervalli, la cannula ed incomincia i tentativi di dilatazione con le candelette, fino a raggiungere uno spazio capace per l'introduzione d'uno dei comuni tubi da intubazione. In tal guisa afferma avere avuto vantaggi considerevoli.

Discussione.

Damieno (Napoli) — Riferisce un caso occorsogli in un bambino di 4 anni, in cui fatta la tracheotomia, per morbillo, dopo 6 mesi riusciva impossibile togliere la cannula a causa di granulazioni nel canale aereo. Mercè l'intubazione si riuscì pienamente allo scopo, dopo una cura assidua di circa un mese, intubando ed estubando a seconda delle circostanze. L' effetto non poteva essere migliore, perchè anche dopo 2 anni e mezzo il bambino gode ottima salute.

Faraci (Palermo)—*Cura chirurgica della faringite cronica iperplastica.* — L'autore accentua i vantaggi dello attivo intervento e presenta un suo scarificatore.

Discussione.

Grazzi (Firenze).—Non è per fare una inutile obiezione alla nuova cura proposta dal Faraci, che prende la parola: teme che le scarificazioni faringee facilitino la formazione di tessuto cicatriziale, che deve, specie, se

ripetute le scarificazioni, disturbare, per le adesioni che possono prodursi fra i varii strati faringei, la funzione della faringe stessa.

Ferreri (Roma) — *Un nuovo caso di straordinaria mobilità della lingua.* — L'O., dopo aver ricordato i pochi casi citati nella letteratura italiana ed estera, presenta l'infermo.

Grazzi (Firenze)—*Di una grave complicazione avvenuta dopo l'asportazione d'un papilloma della laringe.*—Ricorda un caso in cui, dopo l'estirpazione d' un papilloma della laringe per le vie naturali, si ebbe una imponente emorragia post-operatoria per la durata di 3 ore circa. Non potendo ammettere altre cause che avrebbero potuto stabilire la emorragia, dà gran valore alle condizioni discrasiche dell'infermo. Vanta grandemente l'azione della cocaina in soluzione molto concentrata, alla quale egli dovette l'essersi tolto dall'imbarazzo.

Martuscelli (Napoli)—*La diagnosi istologica della tubercolosi laringea.* — Allo scopo di stabilire meglio i caratteri diagnostici della tubercolosi primaria della laringe, l'O. dice essersi occupato, sin dal 1895, dello esame di pezzetti di tessuti presi dalle parti affette di detta regione ed escissi da individui i quali presentavano forme dubbie.

L'esame fu batteriologico ed istologico.

Nell'anno scolastico decorso v' ha aggiunto la parte sperimentale, scegliendo per questi primi esperimenti il coniglio. Ebbe in mira di produrre sperimentalmente la tubercolosi primaria della laringe, per poter poscia studiare la evoluzione della stessa in diversi periodi e nei varii modi in cui si sarebbe manifestata. Gli sperimenti furono condotti nel seguente modo: fece inoculazioni di espettorato tubercolare o di culture pure di tubercolosi, per infissione, per strisciamento o dopo raschiamento, nella regione delle aritenoidi: queste inoculazioni le praticò sia direttamente, sia dopo aver tracheotomizzato l'animale, essendo importante il vedere se il riposo della porzione respiratoria della laringe contribuisse, o no, allo sviluppo della tubercolosi, poichè tale osservazione ha la sua alta applicazione clinica, potendo decidere se in casi di tubercolosi laringea non avvanzata convenga, o no tracheotomizzare, in precedenza.

Allo stato attuale delle sue esperienze, non può emettere ancora alcun giudizio, essendo tuttora incerti i risultati dei varii casi trattati. Non rimane sino ad oggi, adunque, per queste forme locali della tubercolosi, che l'esame istologico, poichè, come rileva nel suo lavoro, l' esame batteriologico comunque eseguito (sia quello dell' espettorato emesso dallo infermo, sia di quello raccolto localmente, come pure del tessuto schiacciato fra due vetrini a fresco, o esaminato dopo avute le relative sezioni al microtomo), fu costantemente negativo. Si trattiene, quindi, esclusivamente sui diversi reperti istologici ottenuti.

In due casi osservò, al microscopio, un tessuto infiltrato di leucociti, contenente alcune cellule giganti; altre volte notò l'aspetto papillomatoso del tessuto e solo dopo d'avere eseguito i tagli in serie, rilevò la presenza di veri tubercoli. In un ultimo ammalato, sottoposto al raschiamento, il tessuto asportato mostrava una struttura tutta a tubercoli, l'uno all'altro vicini, e separati dalla infiltrazione di leucociti, che fra questi era più fitta e costituiva proprio come un cercine attorno ad ognuno, contenenti una o più cellule giganti.

L'O. detrae dalle sue osservazioni queste conclusioni:

1. che la tubercolosi laringea primaria si è manifestata, negli infermi da lui osservati, con caratteri di semplici granulomi o di papillomi.

2. Che costantemente ha notato cellule giganti o tubercoli nelle sezioni dei tessuti asportati.

3. Che gli fu necessario disporre i tagli in serie per rilevarli.

4. Che la presenza dei bacilli può accompagnare i caratteri istologici notati, del che fanno fede comunicazioni di autorevoli autori, ma che non è necessaria per stabilire la diagnosi, e che nei casi da lui osservati non il riscontrò mai.

5. Che invece, quando si tratta di tubercolosi secondaria a quella polmonale, ben più facilmente che cellule giganti e tubercoli, si riscontrano bacilli.

Masini (Genova)—*Paralisi post-operatoria laringea nel crup.* — Riferisce di aver pubblicato nel 1892 il caso di un bambino, ii quale portava la cannula tracheale da 18 mesi, ed era stato più volte operato senza risultamento alcuno; fece la diagnosi di paralisi dei postici, e riuscì, con adatta cura, a togliere non solamente la cannula, ma a restituire la funzionalità dei muscoli. Ricorda pure un caso consimile, nel quale il risultato fu ottimo, essendosi potuto in breve tempo scongiurare la paralisi dei crico-aritenoidei posteriori.

Masini (Genova)—*Sopra alcuni disordini funzionali della laringe nella sifilide terziaria di quest'organo.*—Illustra alcuni casi di paralisi laringea dovuta a lesioni sifilitiche terziarie di varia natura, per fermarsi a discutere più ampiamente su quelli nei quali non si riscontrano alterazioni classiche ed apparenti della malattia. Sono questi, per l'O., i più interessanti. Inclina a credere trattarsi d'una nevrite sifilitica del ricorrente; appoggia questa sua opinione, oltre che su molti dati, anche sulla prevalente emiplegia sinistra, la quale sarebbe conseguenza della maggiore vulnerabilità del ricorrente sinistro in ragione del suo decorso. Accenna, quindi, ad alcuni dati sintomatologici che possono guidare alla diagnosi di queste lesioni laringee ed ai risultati sempre brillanti della cura specifica.

Masucci (Napoli)—*Sopra una speciale forma di paralisi isterica dei*

tensori delle corde vocali nell'isterismo, simulante la sclerosi insulare.— Narra due casi di paralisi isterica delle corde: nel 1° caso vi era paralisi e spasmo dei tensori, nel secondo solamente paralisi dei tensori. Si sospettava nel 1° caso una sclerosi a piastre disseminata, e nel 2° certamente una sclerosi insulare vera. Fa varie considerazioni in proposito e viene alle seguenti conclusioni:

1) crede di non dover essere molto solleciti a formulare delle diagnosi specie in persone isteriche, ma esser necessario non perdere mai di vista la clinica generica;

2) a prescindere che la paralisi dei tensori delle corde è rara nella sclerosi insnlare, si deve pertanto ammettere la coesistenza dell'isteria nelle affezioni organiche del sistema nervoso centrale.

Prota (Napoli)—*Su due casi di emiplegia laringea sinistra con singolare disturbo disfonico.*—L'O. richiama l'attenzione sopra una forma di disfonia non ancora descritta, e da lui osservata in 2 infermi con paralisi della corda vocale sinistra, di origine periferica; vale a dire egli osservò che i detti infermi potevano parlare solamente volgendo il capo a destra, lato opposto alla paralisi, mentre volgendo il capo a sinistra divenivano afoni.

Il primo infermo è un contadino di anni 18, da Pianura (Napoli), affetto da disfonia da 5 mesi, per paralisi della corda vocale sinistra, da compressione del ricorrente di detto lato, fatta da un gozzo fibroso, sviluppato più dal lato sinistro. Avendo l'O. osservato la disfonia coi caratteri accennati sopra, e non la ordinaria disfonia bitonale, cercò redersene conto eseguendo l'esame laringoscopico nelle 2 posizioni laterali del capo.

1. Posizione del capo volto a sinistra.—La corda vocale sinistra si mostra immobile, in posizione mediana, arcuata. La corda vocale destra, per quanto si sforzi, non arriva a toccare la sinistra, all'atto della fonazione, e rimane uno spazio semi-ellittico nella glottide, e quindi afonia.

2. Posizione del capo volto a destra.—La corda vocale sinistra è immobile, in posizione cadaverica, ma alquanto rettilinea, in modo che la corda destra raggiunge la sinistra nell'atto della fonazione, ed è allora che la disfonia si corregge quasi bene.

Questo diverso risultato dell'esame laringoscopico, nelle 2 posizioni laterali del capo, spiega perchè gl'infermi potevano parlare volgendo il capo dal lato destro. A spiegare, poi, con quale meccanismo avvenga questo, l'autore ammette che nel movimento di semirotazione del capo a destra, la metà laringea sinistra subisca una certa depressione in modo che spianando un po' la sua forma circolare, permette alla corda sinistra di tendersi ed essere, quindi, raggiunta dalla destra.

Crede che in tale meccanismo vi entri anche la contrazione dei muscoli del lato sinistro del collo. L'O. usò l'elettricità con soddisfacente risultato, poichè il disturbo si corresse abbastanza bene.

L'altro infermo è un cocchiere di anni 23, da Napoli, disfonico da 8 mesi. L' identico disturbo del 1° caso e lo stesso risultato dell'esame laringoscopico fatto nelle 2 posizioni laterali del capo; solamente l'origine della paralisi si dovea mettere in conto di un'adenopatia tracheo-bronchiale.

Conclude dicendo che, se si ritiene che in una emiplegia laringea completa, quando la corda sana riesce nell' atto della fonazione a raggiungere la paralizzata, il disturbo disfonico è minimo, tanto da aversi appunto la voce bitonale, è giusto anche ammettere che quando, invece, la corda sana non raggiunge la paralizzata, la disfonia non solo è più accentuata, ma, quello che più importa a proposito dei 2 casi osservati, si potrà avere una certa compensazione con la posizione forzata della testa verso il lato opposto alla paralisi.

COMUNICAZIONI SCIENTIFICHE RIGUAREANTI LA RINOLOGIA

Arslan (Padova)—*L'etiologia dei neoplasmi della regione rino-faringea.*

Biaggi (Milano)—*I tumori adenoidi nei rachitiei, negli scrofolosi, nei sordomuti, nei balbuzienti e negli idioti.*

Chiucini (Roma)--*Occlusione ossea totale, congenita delle due fosse nasali.*

Siamo dolenti, per difetto dei relativi sunti, non poterne riferire ai lettori.

Dionisio (Torino) — *Sulle emorragie nasali post-operatorie.* — L'O. afferma che il tamponamento con la garza, come attualmente si pratica, produce notevoli molestie ai pazienti, i quali sono concordi nell' asserire, che più dell'atto operativo, riesce di grande molestia il soggiorno prolungato della garza nel naso. Ad ovviare a questo inconveniente, egli ha pensato di sostituire i batuffoli, ed ha ideato un tubo da drenaggio di gomma elastica, del diametro di 8 m. m. per gli adulti, avvolto da uno strato di garza. Per la introduzione, il tubo viene disteso su d' un mandrino di acciaio; lo si porta in sito, si ritira il mandrino stesso ed il tubo, avvolto nella garza, riprendendo il suo diametro primitivo comprime la mucosa sanguinante.

L'O. afferma che con questo metodo ha avuto sempre a lodarsi, tanto più che gli infermi ne traggono grande vantaggio, non essendo per nulla impedita la respirazione nasale.

Dionisio (Torino) — *Sulla rinoscopia media.* — Ha pensato di seguire per la rinoscopia media la medesima via tenuta da Nitze per la cistoscopia e da Mickulicz per la gastroscopia. L' endoscopio nasale è identico, nei suoi principii ottici, al cistoscopio. Introducendo lo strumento nelle cavità nasali, si possono ottenere delle immagini nette dell' apertura

della tuba d'Eustachio e di parti della cavità nasale non accessibili colla rinoscopia ordinaria.

Egidi (Roma)—*Due casi di fibromi naso-faringei operati col metodo, rapido.* — Fa la storia di 2 casi nei quali, merce il sussidio delll' esame rinoscopico averso e dell' esplorazione digitale, potette far la diagnosi di tumori naso-faringei, che nascosti dietro il velopendolo, s'impiantavano all'apofisi basilare. I tumori erano peduncolati e di consistenza dura. Il reperto istologico disse trattarsi di fibromi. Fa la enumerazione di diversi mezzi operativi e dice come dall'ansa galvanica introdotta per la via nasale ebbe risultamenti soddisfacenti. Non ebbe a lamentare emorragie post-operatorie.

Discussione.

Borgoni (Napoli)—Facendo plauso alla comunicazione di Egidi, dice che questo metodo rapido (o per meglio dire di *chirurgia conservatrice)* per la estirpazione dei tumori naso-faringei è abbastanza sperimentato e già da molto tempo preferito nella Clinica del prof. Massei. Si dichiara ammiratore di questo processo perchè, specie nei polipi naso-faringei che hanno la tendenza alla riproduzione, sarebbe inutile un intervento chirurgico serio, aprendo una breccia per le ossa nasali od attraverso il mascellare superiore. Ricorda un caso d'un giovane che venne più volte sottoposto, per la riproduzione del tumore, all'operazione col metodo rapido, e che infine nella lusinga di poterlo per sempre liberare, fu da un abile chirurgo napoletano operato radicalmente. Malgrado l'abilità dell'operatore e la serietà dell'intervento, che fu per mettere in serio pericolo la vita dell'infermo, il tumore si riprodusse dopo pochi mesi. Egli ebbe sempre a compiacersi dei sorprendenti risultati dell'ansa galvanica, soprattutto quando è possibile raggiungere l'impianto del tumore. Negl'infermi da lui osservati, dopo parecchi giorni, con l'esame rinoscopico averso a stento si riusciva a ravvisarei l punto di impianto della neoplasia. Prevede che questo siatema di terapia chirurgica sarà poco generalizzato, visto che richiede manovre delicate ed alle quali l'operatore dev'essere bene abituato.

Ferreri (Roma)—*I polipi del naso di origine etmoidale.*—In mancanza di notizie relative all'argomento riferiamo soltanto la:

Discussione.

Masini (Genova) — Dice come anch'egli abbia osservati molti casi di simil genere. È concorde con l'autore sulla fisonomia caratteristica di questi malati, sulla difficoltà di raggiungere la guarigione quando la diagnosi di sede non sia esattamente fatta.

Martuscelli (Napoii) — *Significato pronostico di alcuni sarcomi nasali.* — L'O. rileva che, avendo notato come buona parte dei sarcomi del naso non si presentano coi sintomi propri ai tumori a triste indole, ed invece hanno un decorso *relativamente* benigno, fu spinto ad indagarne la ragione.

Esaminò, perciò, tutti i tumori asportati dalle fosse nasali nello ambulatorio diretto dal prof. Massei e dallo studio eseguito ha potuto stabilire che la relativa benignità dei sarcomi è dovuta alla origine endoteliale degli stessi.

Descrive alcuni tumori esaminati.

Con la loro descrizione, dimostra in uno la disposizione delle cellule che formano la neoplasia, nelle lacune linfatiche ed in cui si scorge che sono provvenienza dell' endotelio. Altrove descrive un vase che tagliato alquanto di sbieco, mostra le cellule dell'endotelio le quali, man mano si vanno arrotondando per confondersi, poi, completamente con quelle che formano il tumore. Fa, dopo, la descrizione di un endotelioma puro. Da ultimo in un altro tumore, appartenente ad una giovanetta a 23 anni, e la cui diagnosi è di mixoma, fa rilevare il cominciamento di questa formazione endoteliale.

L'O. a conferma di quanto espone, esibisce ai colleghi del Congresso i preparati ed i disegni ritratti dagli stessi.

Riportiamo le sue conclusioni:

1° questi tumori presentano quasi mai i caratteri di malignità come i sarcomi di altre regioni;

2° un tale fatto è dovuto in gran parte all'essere essi una lenta trasformazione dei tumori benigni del naso, maggiormente dei mixomi;

3° questa si effettua per una proliferazione endoteliale che parte dall'endotelio delle lacune linfatiche e dei capillari abbondantl, quasi sempre, nei tumori nasali;

4° raramente tali tumori endoteliali presentano deposizioni calcaree, come una sola volta gli fu dato riscontrare;

5° infine, si possono asportare tumori di natura sarcomatosa ben più grave della precedente e perciò l'operazione non deve essere mai differita e la prognosi deve essere sempre consecutiva allo esame microscopico.

Masini (Genova) —*Sulla cura radicale delle riniti fetide (ozena e pseudo ozena)* — Dà, a preferenza della terapia, molta importanza alla patogenesi di queste affezioni. Divide gli ozenatosi in 3 gruppi, e descrive le alterazioni anatomo-patologiche di ciascun gruppo.

Parla dei diversi metodi curativi e riferisce le sue indagini batteriologiche e sperimentali riguardo alla cura con la sieroterapia. Dice che se i risultati non sono ancora brillanti, non crede doversi abbandonare questo metodo di cura. Si ferma a discutere dell' elettrolisi ed accenna anche al suo

metodo di catofaresi elettrica, dalla quale avrebbe avuto, risultati luminosi. Conchiude augurandosi che lo studio di queste alterazioni nasali, ripreso per merito di Belfanti e Della Vedova, possa condurre ad utili risultati scientifici e pratici.

Discussione.

Arslan (Padova). — Osserva che la cura dell'ozena fatta col siero antidifterico dà reali vantaggi e riesce spesso a migliorare le condizioni generali degli ammalati. Crede all' azione chimicamente specifica del siero, che eliminandosi per la mucosa nasale, prepari un terreno meno propizio allo sviluppo dei bacilli, ovvero ne neutralizzi le tossine. In tutti i suoi ammalati trovò il bacillo di Belfanti e Della Vedova e si dichiara sempre più entusiasta del siero nell' ozena, in quanto che ammalati di rinite atrofica semplice, trattati col siero, non presentarono modificazione alcuna.

Clericetti (Milano) — Ha avuto occasione di sperimentere largamente il siero nella cura dell'ozena con risultati favorevoli. Crede che gli oppositori di questo metodo di cura abbiano svisato il concetto degli *autori,* considerando indistintamente come ozena tutti i casi che ne presentono i sintomi fisici, mentre Belfanti e Della Vedova considerano solo i casi in cui si riscontra il bacillo simildifterico. Attribuisce ad alterazioni del siero stesso o ad idiosincrasie i disturbi accennati dal prof. Ferreri. Osservò nei suoi infermi curati col siero un miglioramento nello stato generale.

Gradenigo (Torino) — Ha sperimentato su larga scala il siero nella cura dell' ozena e dice che vi è una serie di malintesi, che interessa dissipare. La diagnosi clinica e la batteriologia delle riniti croniche, compreso l'ozena, non concordano tra loro. Ricorda le teorie dello Strübing e del Massei sull'infettività della malattia. Riconosce grande il merito di Belfanti e Della Vedova con l'aver segnalata l'esistenza costante, accanto al bacillo di Loewenberg-Abel, del bacillo simildifterico. Dice di aver ottenuto effetti terapeutici notevoli; anzi in un caso potea considerarsi completa la guarigione, però non vi fu scomparsa del cattivo odore e della presenza dei microrganismi. In un caso di ozena laringo-tracheale, la cura del siero giovò moltissimo.

Della Vedova (Milano) — È dolente di non aver potuto portare insieme al collega Belfanti una comunicazione sull' importantissimo argomento; sente di dover esternare la sua riconoscenza a Masini ed a Biaggi che hanno sì lodevolmente trattata la questione, che sarebbe passata sotto silenzio. Ricorda le opposizioni dei fautori delle nuove vedute etiologiche nel campo delle riniti croniche e dell' applicazione sieroterapica nell'ozena, opposizioni che trova in gran parte ottime. Mette nel dovuto risalto la importanza etiologica del *bacillo simildifterico* dell' ozena in rapporto con gli altri microrganismi trovati e da trovarsi nei catarri delle narici ozenatose, ricordando come questo microrganismo si trovi in date form e

di ozena, solo, in altre accompagnato dal bacillo di Loewenberg, in altre assolutamente assente. Insiste su questi reperti batteriologici.

È di avviso che il vocabolo *ozena*, usato sino ad oggi, debba essere abbandonato; preferisce quella di *rinite catarrale cronica fetida*, forma morbosa della quale non si può, nè si deve fare *una entità patologica*. È felice di sentire come molti colleghi abbiano dato il dovuto valore alla azione elettiva terapeutica del siero antidifterico ed alla rinite catarrale cronica fetida da bacillo simildifterico; afferma che i risultati negativi riferiti da altri sperimentatori sono dovuti alla trascurata indagine batteriologica dei secreti. È dolente, peraltro, di sentire che il Ferreri abbia troppo allegramente giudicati gli studi relativi alla etiologia e sieroterapia dell' ozena, che vennero e vengono condotti con coscienza, allo scopo di portare un pò di luce nel campo oscuro delle riniti croniche in genere, e di cercare nella batteriologia il mezzo di poterle differenziare fra loro, partendo dalla etiologia di ciascuna di esse. Termina promettendo di dare quanto prima alla luce le osservazioni e gli studi che furono, e verranno continuati nel campo della etiologia delle riniti croniche e della etiologia e terapia delle riniti croniche fetide.

Masini (Genova) — Risponde che la questione è stata portata sopra un altro terreno, e che secondo lui si è fatto una critica del metodo sieroterapico. Fino a prove più concludenti, non può essere considerato il bacillo simildifterico,sebbene sempre accompagnato da quello di Lowenberg Abel, come specifico dell'ozena.

Crede che la questione non debba solamente limitarsi, come vuole il Gradenigo, alle ricerche batteriologiche, ma riunire queste alle anatomo-patologiche, sia in casi nei quali il bacillo simildifterico è assente, sia in quelli nei quali è presente, tenendo però sempre nel debito conto le stimmate generali che accompagnano la sindrome fenomenologica ozenica.

Zapparoli (Mantova) — *Cento casi di forme ulcerative nasali curate coll'acido cromico.*—L'O. riferisce i risultati ottenuti con l'applicazione dell'acido cromico in 11 forme di ulceri tubercolari, 18 sifilitiche, 42 catarrali semplici, 7 cancroidi, 24 eczematose. La cura diede vantaggi notevoli. Fa osservare come l'applicazione dell' acido cromico, anche molto diluito, non è nè facile, nè priva d'inconvenienti, ed egli è riuscito ad ottenere i buoni risultati ricordati, studiando pazientemente e delicatamente il modo di usarlo.

Mingazzini e Lombi (Roma)—*Paralisi unilaterale dei nervi cerebrali prodotta da tumore originatosi nell'antro d' Highmoro.* - Gli OO. illustrano un caso di paralisi unilaterale (sinistra) dei nervi cerebrali prodotta da un tumore (sarcoma), che originandosi dall'antro di Highmoro di sinistra, avea usurato i cornetti, invaso le coane e perforando l'apice della

rocca, avea distrutto il seno cavernoso, coinvolgendo i nervi che vi passano e comprimendo gli altri nervi cerebrali del medesimo lato.

I sintomi presentati durante la vita dall' infermo, furono esclusivamente a sinistra, e consistevano in anosmia, oftalmoplegia completa esterna ed interna, paralisi ed anestesia del trigemino, paralisi del facciale, del glossofaringeo ed ipoglosso.

Presentano alla Società il pezzo anatomico, su cui si riservano di fare ulteriori studii circa la natura del tumore.

VARIA

Un saluto cordiale ai nostri abbonati, con l'immutato programma ed il vivo desiderio di progredire sempre.

Consacrando alla parte sperimentale talune pagine della nostra pubblicazione, non trasanderemo la rivista delle più salienti monografie, come non abbiamo trascurato il miglioramento della stampa e della carta.

Che l'incoraggiamento, da parte dei nostri abbonati, non ci venga mai meno.

Sebbene con ritardo, facciamo le nostre sincere congratulazioni al valoroso collega F. Semon cui, in occasione del giubileo di S. M. la Regina Vittoria, venne conferito il cavalleresco titolo di Sir.

Questo fascicolo contiene in più 16 pagine, delle quali si terrà conto in quello di aprile.

LAVORI ORIGINALI

Il crup latente

NOTA CLINICA

pel prof. F. MASSEI

Il crup laringeo che, dopo tante vicende, sotto l'egida della batteriologia ha conquistato un posto autonomo, non ha, malauguratamente per la pratica, una fisonomia sempre caratteristica; soprattutto per quanto riguarda il suo decorso, noi oscilliamo fra limiti così strani, che talora la diagnosi rimane problematica.

V'è un *crup fulminante*: in poche ore un bambino rimane strozzato; nulla sulle fauci e talora, sino alla necroscopia, quasi nulla di essudato in laringe; prevalente la laringostenosi per edema. Non è la condizione generale che ha ucciso in breve ora quel fragile organismo; non sono le false membrane che hanno occlusa la laringe; è l'edema e lo spasmo che sollecitamente ammazzano.

La malattia è rimasta nel periodo catarrale: le note infiammative esagerate hanno provocata la occlusione dell'angusta e mal tollerante glottide.

Oppostamente a questo rapido e fatale decorso, ve n'è un altro non meno triste, ma assai più lento: il così detto *crup prolungato*, che dura 1-2 settimane, con fenomeni lentamente progressivi, appena accentuati in principio, ma incalzanti, sinchè dopo 7-8-10 giorni esplodono con tutta violenza e camminano con passo tanto veloce, quanto era lento quello della fase iniziale.

Sono entrambe forme *primarie* — il crup d'*emblée* dei Francesi — perchè le fauci, la cavità naso-faringea e le fosse nasali restano, per tutto il decorso, libere da ogni traccia di falsa membrana: l'uno prevalentemente laringeo, l'altro prevalentemente tracheale. Gli essudati disposti a strati circolari, tap-

pezzano simmetricamente le pareti del canale, restringendone un poco il lume, ma senza provocare segni apprezzabili di stenosi, e sol quandò lo spessore delle false membrane aumenta, o quelle si distaccano ed ingombrano la porzione centrale del dell'aspera arteria che era rimasta sino ad allora premeabile, scoppiano i minacciosi sintomi dell' asfissia.

Tra l'una e l'altra si inquadra la forma più comune di *crup primario*, che decorre per 2, 3, 4 o 5 giorni,con i suoi 3 periodi, più o meno proporzionatamente abbreviati od allungati, netti, metodicamente succedentisi, intercalati dai soliti accessi.

Tutto questo è troppo risaputo perchè io tenti tesserne la storia bibliografica, accentuando il merito di questo o di quello, e le vicende che, col Cadet de Gassicourt, accompagnarono due denominazioni che si contesero il posto, e poi finirono per restare entrambe, denotando l' una, una forma un pò diversa dall'altra, voglio dire del *crup prolungato* e del *crup cronico*.

Invece, nei limiti delle mie cognizioni mi sia permesso asserire che, riguardo a crup laringeo, non sono stati ancora denunciati casi nei quali il processo si sia svolto con segni di lieve catarro, di lievissima laringostenosi, con assenza di fatti generali, persistenza per circa 3 settimane e quindi minaccioso aumento dei più temibili sintomi, una vera *forma latente*, analoga a quella tanto bene conosciuta nella sua localizzazione nasale.

Un caso da me recentemente studiato nel mio Ambulatorio dell' Ospedale Clinico, ha richiamata tutta la mia attenzione, e sebbene la prova batteriologica sia stata negativa, pure una serie di circostanze mi autorizza a credere che io non mi sia ingannato. E così mi sono affrettato a parlarne, perchè, dato che io esageri, ne addiverrà sempre un certo vantaggio alla pratica; sicchè ora non mi resta che narrare la succinta, ma efficace storia del caso.

Una bambina di 7 anni (Sciarappi Francesca) mi vien presentata il 12 gennajo dal mio coadjutore prof. Trifiletti, nell'Ambulatorio, perchè in preda a lievi fenomeni dispnoici che aumentavano nelle ore notturne.

La piccola inferma, infatti, afona, lascia sentire a distanza un lieve stridore inspiratorio; ma quello che colpisce il Trifiletti è la facilità con cui si può praticare l'esame laringoscopico e la presenza di un essudato bianco nella cavità.

Di mediocre sviluppo, vispa ed apparentemente sana, ha perduta la madre: una sua parente riferisce che da 8 giorni e più presentò segni di modica febbre e fatti catarrali da

parte della gola, cioè raucedine ed un certo imbarazzo nella respirazione, il quale, da 2 giorni andava crescendo, sino ad allarmarla, nelle ore della notte.

L'ascoltazione rivelava un pò di stridore propagato, ma la respirazione vescicolare era perfettamente ravvisabile, fino alle basi.

Nulla sull'istmo: tonsille, ugula, pilastri, parete posteriore della faringe, sgombere da ogni traccia di false membrane.

Lo specchio laringeo rivela un pò di essudato bianchiccio sulla corda sinistra, che si abduce con una certa difficoltà. Nella respirazione, riesco a vedere un altro pò di essudato al di sotto della medesima corda.

Credo ad una *lieve laringite ipoglottica* e prescrivo vapori acquosi terebintati e qualche espettorante; raccolgo, a stento, un pò di materiale dalla retrobocca, e raccomando di farmi rivedere la bambina dopo un giorno.

L'esame microscopico del materiale raccolto, non rivela che cocchi: le culture non furono positive pel bacillo di Loeffler.

Dopo 2 giorni, rivedo la bambina in condizioni identiche, sebbene la donna che l'accompagna denunzii una più marcata laringostenosi nelle ore notturne.

L'esame laringoscopico lascia sempre notare un tal quale difetto di abduzione delle corde; la sinistra è alquanto più spogliata, tanto da apparire abbastanza rossa nella sua superficie superiore.

Identico trattamento.

Il giorno 16, 2 giorni dopo la 2ª visita, 4 dopo la prima, mi riconducono la bambina peggiorata; nella notte ha avuto un accesso che ha fatto temere, ed il respiro è, in fatti, rumoroso: l'ascoltazione conferma l'ostacolo che l'aria incontra nel varcare la rima glottidea.

Con lo specchio laringeo constato più accentuata la stenosi ed aumento dell'essudato bianco, che coinvolge tutta la corda vocale sinistra, cercando di guadagnare la regione ipoglottica.

La temperatura del corpo è al disotto dei 37°. Siamo così al 12° o 13° giorno di corso, senza aver tratto dalla cura comune nessun vantaggio, anzi assistendo al progressivo aumento dei più minacciosi sintomi: decido injettare 1000 unità immunizzante di siero antidifterico, malgrado i miei più legittimi dubbii sulla diagnosi.

L'indomani rivedo in casa mia la bambina; ha avuto qualche mite accesso di stenosi, nelle ore della notte, ma in generale è migliorata: la tosse più grassa, l'essudato endo-laringeo più scarso, la rima glottidea più ampia.

La temperatura è sempre un pò al di sotto della normale.

Mi han portato in una boccettina l'espettorato, che somma ad alcuni centimetri cubici.

Injetto altre 1000 unità immunizzanti di siero: l'indomani (dopo 14 o 15 giorni) la stenosi è quasi vinta. Non più essudato, corde un poco infiltrate, ma più facili ad abdursi.

Persiste afonia.

L'esame microscopico e culturale dell'espettorato sono egualmente negativi pel bacillo della difterite.

Dopo, la miglioria continua, ed a capo di altri 6-7 giorni, la voce ritorna.

Epicrisi — I dati sui quali si può fondare la diagnosi di crup (nel senso genuino di una localizzazione laringea della difterite) si compendiano, nel caso che ho narrato, nei seguenti:

1) il reperto laringoscopico;
2) la inutilità della cura comune;
3) l'efficacia del siero antidifterico.

1) *Esame laringoscopico* — Se, dapprincipio, quell' essudato bianco raccolto sulla corda sinistra era un assai dubbio elemento diagnostico, con la sua persistenza rivelava che in realtà trattavasi di una falsa membrana. E d'altro canto, bisogna pur confessare che le note obiettive da me riscontrate, non erano classiche per deporre, senza appello, in favore di una laringite ipoglottica.

Mancava quel cercine subcordale che è la vera causa del difetto di abduzione della corda, la simmetria dell'infiltrato, il vivace rossore. Senza dire che la pronta liquefazione dell'essudato, sotto l'azione del siero, è andata pari passo con la rapida detumefazione dei tessuti.

2) *Cura comune* — La laringite ipoglottica semplice *(laringite stridula)* può raggiungere un acme sino ad uccidere per soffocazione; ma se decorre meno tumultuariamente e meno rapida, la moderata stenosi si corregge a gradi e si assiste così ad una lenta declinazione dei molesti sintomi: più tempo v'è, più agevole è constatare i benefici effetti della cura volgare, fosse questa limitata a semplici precauzioni igieniche.

Qui è avvenuto il contrario: il tempo ed i comuni farmaci ci han fatto assistere ad un aggravamento dei fenomeni più salienti, poco conciliabile col reperto laringoscopico, il quale, in fondo, non rivelava che una più che modica infiltrazione.

3) *La cura specifica* — Invece, 1000 U. I. han condotto il pro-

blema verso una favorevole soluzione ed altre 1000, dopo men che 24 ore, sono bastate a risolverlo interamente.

Quando si pensa alle note difficoltà delle ricerche batteriologiche, sulle quali sono di accordo i più strenui lavoratori di Gabinetto ed i clinici più provetti, si ha da convenire che, praticamente, il siero antidifterico è il più sicuro *reattivo* della *difterite*, nel senso che la sua efficacia conferma apoditticamente la diagnosi.

Sicche io non aveva torto nel credere che veramente si fosse trattato di difterite laringea.

Stando le cose in tal modo, noi possiamo, da questa osservazione (malgrado la sua incompletezza), tirare alcuni corollarii di molta utilità per la pratica.

1) La diagnosi batteriologica è un prezioso sussidio, al quale farà bene rivolgersi sia anche il più modesto praticante, quando è in grado di farla o dimandarla; ma non bisogna dimenticare che questa prova può esser negativa, mentre in realtà si tratta di difterite laringea; il crup primario, che talora fornisce essudato scarsissimo e sempre difficile a raccogliersi, è quello che più spesso non risponde alla prova, senza dire che similmente alle forme più spiccate di difterite, può dare risultamento negativo in primo tempo (per molte ragioni), e persino in ripetuti esami.

Vista la innocuità del siero antidifterico, è prudente, saggio consiglio injettare siero: tutti lo dicono ed a me piace ripeterlo nella maniera la più esplicita, perchè dolorosamente ho assistito a casi tristi, nei quali il dubbio e gli scrupoli troppo teoretici di medici troppo dottrinari, han contribuito a rendere inefficace una medicazione che io ho visto riuscire tanto più miracolosa, quanto più precocemente apprestata.

3) Alle 3 forme più note del crup: *fulminante*, *tipico e prolungato*, conviene aggiungere una 4: il *crup latente;* un crup che comincia a preferenza dalla trachea (*crup ascendente*), che decorre lento e subdulo con fenomeni di lieve stenosi, e che poi, dopo un pajo di settimane, esplode con il carattere di quella malignità propria della sua natura. Un crup che mentisce il volgare catarro laringeo, che si annunzia con moderata febbre in principio e poi cammina apirettico, senza essudati sulle tonsille, con qualche traccia di pseudo — membrana nella regione ipoglottica, quella che si esplora difficilmente, con un benessere ingannatore e che il solo laringoscopio può talora sorprendere, se si riesce ad applicarlo.

E qui mi siano permesse due considerazioni.

a) L'esame laringoscopico, nei bambini di tenera età, non è facile, neppure per il più abile laringoscopista: l'autoscopio o le note spatule, neppure riescono costantemente; si può, e non si può aver buona fortuna! Come fare in pratica? Tentarlo sempre, e se non riesce, contentarsi di sospettare a preferenza il crup ed injettaro siero.

b) La seconda considerazione è questa: se io non ho dato una falsa interpetrazione al caso esposto, con molta probabilità bisogna credere che in pratica ve ne siano altri analoghi. Sia pure una esagerazione codesta, val la pena commetterla. Le cause della laringostenosi acuta nella tenera età, non sono poche: io stesso, ne ho schizzata un' analisi altravolta (1); ma per frequenza, evidentemente il crup occupa il primo posto. Ebbene, sarà pratico che il medico, ai primi sintomi, ai primi indizii, ancorchè la prova batterica e quella laringoscopica falliscano, si ricordi del *crup latente* ed injetti siero.

Mi assale il ricordo di parecchi casi nei quali, indagando, con sottigliezza, i fatti, mi è riuscito sapere che un bambino, presso il quale era stato urgentemente chiamato, perchè minacciato da soffocazione, era già infermo da molti giorni: aveva un pò di tosse, un pò di raucedine e di malessere, ma niente altro che facesse supporre un così grave nemico; anzi qualche volta son giunto a sapere che i primi fenomeni si eran corretti, e dopo un intervallo di 4—5 giorni eran ricomparsi e si erano aggravati.

Ora, se veramente esiste un *crup latente* ed il precoce intervento diverrà una legge, noi salveremo assai più vite, che non discutendo sulla esattezza della diagnosi; noi ci metteremo in condizioni favorevoli perchè l'azione del siero si svolga intera, e potremo attuare, in tempo opportuno, una efficace profilassi.

Dall'ottobre 1894, nei limiti consentiti ad una pratica esclusivamente privata, io ho potuto redigere un'assai favorevole statistica relativa a crup laringeo, grazie a questa nuova conquista scientifica; mentre prima, io perdeva il 75 °[₀ di questi sventurati bambini, ho visto, dopo, invertite le cifre: 75 °[₀ di guarigione. Bene inteso comprendendo i preziosi sussidii dell' intervento chirurgico, personificato oramai nella intubazione. Ma se volessi sottrarre i casi nei quali la cura, medica e chirurgica, fu fatta

---

(1) Ueber die acuten Verengerungen des Kehlkopfes bei Kindern und ihre Behandlung. — *Wiener klinische Rundschau*, N. 7, 1897. — Comunicazione fatta a Francoforte sul Meno, in settembre 1896.

per semplice dovere, i successi potrebbero figurare con cifre migliori. Ciò prova che quando s'interviene tardi, malgrado il siero e l'intubazione, l'esito è ben problematico: nella maggior parte, fatale.

Lasciando stare le ragioni del tardo intervento, assorbite dai casi di diagnosi veramente difficile (crup ascendente o tracheolaringeo), io molte volte ho dovuto constatare che l'esitanza da parte dei medìci curanti non avea altro fondamento che la presunzione di una diagnosi esatta, la quale, viceversa, era sbagliata; e levo alta la voce, in nome della scienza e della umanità, per stigmatizzare questo dottrinismo pericoloso, alle spalle del quale, oggi che abbiamo tra mani il più prezioso ritrovato della sieroterapia, sta la vita di un bambino.

Io ho veduto miracoli operati dal siero antidifterico nel crup, senza, o con la intubazione; ma per me codesti casi hanno minor valore di quelli nei quali una sola injezione, fatta quando erano legittime tutte le discussioni intorno alla esattezza della diagnosi, è bastata a troncare il morbo in 24 ore! Son pochi, assai pochi codesti esempii, ma assai concludenti: essi suonano così: injettate siero a *tempo*, e la mortalità per crup potrà *interamente* scomparire. Ebbene sì: sono casi nei quali le reticenze teoriche, hanno contro di loro la eloquenza dei fatti. Un catarro laringeo, che guarisce con la mite temperatura di una camera ben condizionata, un cataplasma di linseme ed un pò di ipecacuana, impiega, per risolvere, un tempo assai più lungo. La stenosi (se ve n'è un poco) non rimane mai troncata, come l'acqua spegne il fuoco, e sono questi eccezionali eventi soltanto, quelli che dovrebbero persuadere i pratici che il solo siero *possa* e *debba* bastare! In contrario, e quanto più efficace è il siero, potranno essere, più che scongiurati, anticipati i fenomeni di minacciante asfissia, rimediato ai quali, la guarigione è sicura.

Una ultima parola sul potere antitossico del siero, cui convien dare la preferenza nei casi di crup.

È chiaro che quando la difteria si localizza nella laringe, l'attenzione del medico è principalmente richiamata dai sintomi relativi allo stringimento laringeo, e quindi al sito della infezione locale, anzichè su quelli generali, dovuti alla successiva intossicazione. Predominio dei fatti meccanici che non danno tempo di svolgersi a quelli generali, e forse remora opposta dalla membrana limitante, che non apre così presto le porte delle correnti linfatiche.

Ma il siero antidifterico, che è un potente contro-veleno del

veleno difterico, sulla natura del quale antidoto sappiamo poco o nulla, e nulla o poco della sua azione, ha, sui prodotti locali di questa terribile malattia, un'azione pronta, favorevole, stupefaciente: non solo le false membrane si rammolliscono e disgregano, ma i tessuti sui quali quelle erano distese si detumefanno e decongestiano.

Evidentente questa sostanza così benefica, che si forma negli animali immunizzati, neutralizzando quella tanto malefica rappresentata dai prodotti batterici, deve esplicare un'azione diretta sugli elementi cellulari, tale da ridestarne tutta l'attività formativa, agguerrendoli e corazzandoli: l'azione chimica dell'antiveleno sul veleno e l'azione cellulare forse si danno la mano per concorrere alla salvezza dell'organismo minato, e nell'ambiente purificato in cui vivranno gli elementi staminali, la loro attività funzionale si ripristina e corrobora.

Certo è che nel crup, è di quest'azione locale, spiccata, indiscutibile, preziosa, che noi largamente profittiamo, e che si esplica in ragion diretta del potere antitossico del siero preferito.

Injettate, in un caso di crup, il N. 2 Behring (1000 U. I.) ed in un altro, a parità di condizioni, il N. 3 (1500 U. I.): voi vedrete più pronti e solenni gli effetti in questo secondo caso, qualunque sia il destino finale.

Ciò prova che se, nella difterite faringea, noi passiamo dal grado della infezione, cioè dalla gravezza del caso (tenuto anche conto dell'età del soggetto e dell'epoca in cui s'interviene) misurare il potere del rimedio necessario, nel crup, nel quale non possiamo sempre vagliare la intensità e la data del processo, sarà sempre preferibile ricorrere ad occhi chiusi, ad un siero di elevato potere antitossico.

Or bene, dalla nota casa di Höchst, vien da tempo preparato e messo in commercio un siero che pochi medici conoscono, e pochissimi adoperano, il quale contiene, in ogni c. c., dalle 500 alle 600 U. I.; il che vuol dire che in 5—6 c. c. si potranno avere a disposizione 3000 U. I.

Una pratica piuttosto lunga e spregiudicata mi ha oramai convinto che nel crup, quando non si ha la fortuna di arrivare nell'inizio, è da questa dose che converrebbe cominciare; è un siero che costa, ma del quale non si può fare a meno (1).

---

(1) Il prof. Arena (Farmacia in Via Roma N. 129, Napoli) ha ceduto alle mie istanze e, malgrado il prezzo elevato, ne ha sempre varie boccette a disposizione dei medici e del pubblico.

Nè vale il dire che si potrebbero, invece, injettare, in una volta od a lievi riprese, quantità maggiori di altro siero sino alla concorrenza delle 3000 unità: le grandi quantità di siero di cavallo, specie se injettate in una volta, non sono sempre innocue e come pure le injezioni a riprese, sono sempre meno efficaci delle uniche, fatte con siero concentrato.

Un grammo di chinina bevuto in una volta in 10 c. c. di acqua avrà sempre maggiore efficacia di quando, per sorbirlo, si appresterà una pozione di 300 c. c.!

Sicchè, concludendo: 1) la diagnosi presuntiva, 2) il precoce intervento, 3) l'elevato potere antitossico del siero antidifterico sono per me i 3 elementi principali da tenersi presenti nella cura del crup laringeo.

I buoni effetti ottenuti con la sieroterapia diranno poi, in quei casi nei quali da sola è bastata, se la diagnosi era precisa.

Napoli, febbraio 1898.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

Spiess dott. G. — *Contributo all'etiologia di alcune nevrosi nasali riflesse* (*Beitrag zur Aetiologie einiger nasaler Reflexneurosen*).

Secondo l'Autore, lo starnuto, la coriza vasomotoria, la febbre del fieno e l'asma nasale sono soltanto differenti gradi di una sola e medesima affezione fondamentale.

E' stato molto discusso se le nevrosi riflesse del naso sieno, o meno, frequenti. Spiess nei primi anni della sua carriera credeva che esse fossero rare; però, oggi, in base ad una lunga pratica professionale, si è convinto assolutamente, che costituiscono affezioni che il rinologo ha sovente occasione di riscontrare.

Qual'è la causa delle nevrosi riflesse del naso?

Spiess parte dalla teoria stabilita da Schech e da altri, cioè che il contatto di due superficie, o punti della mucosa, rappresenta il momento etiologico del riflesso, vuoi che questo si estrinsechi con lo sternuto, oppure con la coriza vasomotoria o con l'asma. A ciò Spiess aggiunge, che egli ritiene come necessario uno spostamento — sia pure minimo — di queste due superficie di riscontro, oppure la presenza di un corpo incastrato fra entrambe e che le irrita (polipo, polveri, ecc.), ovvero perfino la trazione, che una briglia cicatriziale esercita sopra le due superficie mucose.

Va da sè, che l' intensità del fenomeno riflesso dipenderebbe dalla predisposizione nervosa dell'individuo.

L'Autore ha osservato che gli asmatici, i quali sono affetti da ostruzione del naso—sia per polipi, sia per tumefazioni polipoidi o per deviazione del setto delle narici, o per aderenze e simili — dopo rimossa la causa dell'ostruzione non soffrirono mai più un attacco di asma. E se già vi era dispnea, verificavasi per lo più un miglioramento, ma mai un peggioramento.

Dopo aver riferito un caso, che dimostrerebbe in modo eccellente questo concetto, l'A. prende in esame quel pacchetto glandolare che, sotto il nome di *tuberculum septi*, fu descritto per la prima volta da Morgagni nel 1723.

Secondo il parere dell'Autore, finora i rinojatri si sono ben poco occupati

del tuberculum septi. Quasi in nessun trattato di Rinologia se ne tiene speciale menzione. Eppure, è questo un punto che, già al semplice toccamento con la sonda, si addimostra sensibilissimo, e soprattutto molto più irritabile del rimanente della mucosa nasale, specie di quella dei cornetti inferiori, che per *fas* o *nefas* sogliono essere tirati in ballo nella etiologia di tanti processi patologici.

Sul setto, a livello dell'estremità anteriore del cornetto medio, e propriamente di rincontro a questo, vi è codesto cercine, prodotto dall'« accumulo di glandole nella mucosa ». All'esame rinoscopico apparisce come una deviazione più o meno sporgente, e risalta per il fatto che esso—che ha la forma di una bozza triangolare sporgente—si assottiglia in sopra in direzione del setto. Più caratteristico è ancora il sondaggio di questo punto, giacchè lo si sente come una massa molle, la quale si lascia abbastanza profondamente deprimere; e qualche volta, allorchè la tumefazione è molto accentuata, esso oscilla qua e là a mò di una proliferazione polipoide. Dopo la cocainizzazione, esso quasi sempre si detumefà.

La posizione di questo cercine, che sta direttamente di rincontro al cornetto medio, e la sua suscettibilità a tumefarsi (la quale è ritenuta come sicura da alcuni rinologi, come p. es. Creswell Baber) vengono riguardati dall'A. come la causa per cui in talune condizioni — come p. es. cangiamenti di temperatura e qualsiasi stimolo sulla mucosa nasale—il cornetto ed il pacchetto glandolare vengano a contatto diretto fra loro, sia pur lieve quanto si voglia. La sopra mentovata corrente di aria mantiene l'attrito, necessario perchè repentinamente o lentamente vengano provocati i riflessi, esistendovi già la predisposizione nervosa. Ed in appoggio a questo concetto l'A. menziona casi in cui si potette sopprimere un accesso di sternuto stringendo fortemente il naso. Per la regione del tuberculum septi depone soprattutto l'osservazione, che lo stimolo allo sternuto cessa inspirando attraverso la bocca ed espirando attraverso il naso, cioè quando il meato nasale medio non viene toccato dalla corrente d'aria, perchè la corrente espirata, come è noto, passa attraverso il meato nasale inferiore.

A questa specie di stimolazione meccanica della mucosa, l'A. attribuisce i gradi più leggieri, come quelli più gravi di riflessi nasali, così lo sternuto come l'asma nasale. E questo criterio etiologico egli lo trova avvalorato dalla cura, che ha istituita in base ad esso.

La terapia, che l'A. segue, scaturisce semplicemente dalle sue premessse etiologiche. Egli tenta soprattutto di impedire che si produca un attrito, onde si studia di allontanare fra loro le due superficie aderenti fino al punto che, anche quando fossero tumefatte, non vengano punto a contatto. E ciò riesce, secondo lui, ottimamente per via chirurgica.

I caustici egli li evita quanto più è possibile, perchè riescono molesti nel trattamento consecutivo. Le causticazioni riescono penose già fin dai primi giorni per la forte tumefazione che inducono, e, quando vengono

praticate sul tubercolo del setto, la guarigione è lentissima, senza contare che le ripetute essudazioni e la loro tendenza alla formazione di croste possono perfino esacerbare i disturbi che affliggono l' infermo. Parimenti le causticazioni con acido tricloroacetico e simili possono produrre risultati benefici, ma transitorii, i quali spesso si riducono ad ottundere temporaneamente la sensibilità. Perciò l'A. preferisce il coltello, le forbici, lo scalpello e l'ansa, perchè con questi istrumenti ha ottenuto risultamenti duraturi. Il tubercolo del setto nasale può essere raso ottimamente con un coltello tagliente, con gli scalpelli di Bresgen; le ipertrofie a forma lobata dei cornetti inferiore e medio ponno essere comodamente asportate con l'ansa calda o fredda, ovvero con forbici adeguate. Quando si tratta di asportare l'estremità anteriore del cornetto medio, l'A. ricorre alle forbici e consecutivamente all' ansa, ovvero impugna anche più volentieri il concotomo di Hartmann oppure di Gruenwald. Le sporgenze ossee del setto nasale cedono rapidissimamente alla trefina. Del resto, poco importa con quale processo chirurgico si procacci l'accesso all'aria: l' interessante è che l'adito all'aria venga procacciato, ed in grado sufficiente.

Quanto al cornetto inferiore, l'A. fa rilevare che esso contribuisce alla genesi delle nevrosi riflesse del naso molto più raramente di ciò che si crede, e ciò malgrado costituisce oggi un capro espiatorio, onde viene maltrattato spessissimo a torto. Non ha guari, alcuni clinici si sono permessi nuovamente consigliare di causticarlo nei casi di questa specie. V' è da scommettere, dice Spiess, che questi signori hanno molta fretta di applicare qualche buon apparecchio di questa specie di cui, sventuratamente, sono possessori.!

Finanche nella semplice ostruzione del naso, può darsi che la causa non sia dovuta al turbinato inferiore. Non bisogna formulare il giudizio unicamente in base al quadro rinoscopico, ma esaminare con accuratezza se codesto turbinato impedisca la funzione fisiologica.

Si dovrebbe sempre esaminare partitamente in qual modo si effettuano la inspirazione e la espirazione attraverso il naso. Qualora la inspirazione fosse impedita, la causa potrebbe essere devoluta a tutte le rispettive parti: quindi, estremità anteriore del turbinato inferiore e meato nasale medio. Se si eleva la punta del naso per impartire alla corrente di aria una direzione piuttosto orizzontale, e si constata che ciò rende più agevole la inspirazione, questo costituisce parimenti un segno, che l'impedimento non è dovuto al cornetto inferiore.

Se la corrente espiratoria è parimenti impedita, ciò dimostra che la causa potrebbe essere indovata anche nelle parti posteriori del cornetto inferiore, ovvero nel meato nasale inferiore. Ma, se la corrente espiratoria è libera— ed appunto questo fatto è frequentissimo—non è possibile che si tratti di una forte stenosi del meato nasale inferiore, prodotta dal turbinato inferiore, e quindi non sono punto indicati i caustici.

Va da sè che, insieme a quest' esame, è necessaria un' accurata ispezione interna ed esterna del naso, che può modificare essenzialmente il risultato, secondo che si riscontrino deviazioni, creste, tumori. Ed una influenza grandissima sulla direzione della corrente d'aria possono averla perfino la grandezza, e segnatamente la posizione della narice.

In ultimo l'Autore esamina brevemente la rispettiva terapia, finora in uso, e fa rilevare che, tranne le polverizzazioni cocainizzate e l'insufflazione delle polveri, all' uopo raccomandate negli ultimi tempi, i rimedii, che si adoperano oggi, sono tutti menzionati nel classico lavoro sul catarro primaverile, pubblicato da Phoebus nell'èra prerinoscopica. In fatti, in questo lavoro troviamo raccomandati tutti i mezzi, che anche oggi vengono prescritti per attenuare il nervosismo generale, che predispone alle nevrosi riflesse, come p. es. il bromo, la chinina, l'arsenico, il ferro, e soprattutto la climoterapia e l'idroterapia, i bagni freddi, così generali come locali, l'aspirazione di acqua fredda nel naso, l'uso quotidiano di bagni a pioggia freddi, di bagni marini. Inoltre: pediluvii caldi, pediluvii con acque aromatizzate, furono anche usati con temporaneo successo. E così pure il cambiamento di clima ed i viaggi di mare diedero guarigioni transitorie, raramente durature.

Non è da meravigliare, dice l'A., che questi mezzi abbiano potuto esplicare una certa azione, perchè in fondo essi provocano un effetto rivulsivo sul naso. Ed all' uopo egli, invece dei pediluvii freddi, che non ha guari sono stati nuovamente raccomandati, suole, durante l'attacco, praticare una specie di doccia fredda sulle arterie del braccio, avendo constatato che ciò qualche volta riesce efficace. Quando, per caso, non era pronta l'acqua, egli consigliava all'infermo di fregare fortemente sul padiglione dell'orecchio, per provocare, con la consecutiva iperemia, una derivazione di sangue dal naso. E' questo un mezzo col quale egli, anche in casi di emicrania incipiente, ha ottenuto talvolta effetti sorprendenti. Il risultato favorevole viene spiegato dall' A. come segue: mediante lo stimolo termico, applicato sui piedi o sulle mani, viene provocata una contrazione generale dei vasi, la quale riverbera la sua influenza anche sopra le parti tumefatte del naso, e rimuove la replezione sanguigna della mucosa. Va da sè, dice Spiess, che un successo più o meno completo è possibile sol quando il contatto fra le due superficie di rincontro della mucosa è minimo, sicchè la retrazione, determinata dallo stimolo termico, elimina effettivamente il contatto.

In questi risultamenti favorevoli l'A. ravvisa un'altra conferma della sua teoria, cioè che la rimozione del contatto fra due punti nel naso equivale alla eliminazione della nevrosi riflessa, ed egli è convinto che soltanto la cura locale, se eseguita radicalmente, può dare la guarigione.

(Dall'*Archiv für Laryngologie*, vol. 7, fasc. 2 e 3).

KIRSTEIN dott. A. — *Principi fondamentali di Lemoscopia generale — Dottrina della ispezione delle grandi vie aeree* (*Grundzüge einer allgemeinen Lämoskopie; Lehre von der Besichtigung der grossen Luftwege*).

FRAENKEL prof. B. — *Sulle denominazioni Autoscopia, Lemoscopia, e proposta della parola Istmia per le vie aeree superiori* (*Ueber die Bezeichnungen Autoskopie, Lämoskopie und Vorschlag des Namens Isthmia für obere Luftwege*).

KIRSTEIN dott. A. — *Laringoscopia combinata: un nuovo metodo per vedere la laringe* (*Combinirte Laryngoskopie, eine neue Art den Kehlkopf zu spiegeln*).

Dopo le lunghe, e non sempre placide discussioni, che Kirstein ha tenuto sull'Autoscopia, e delle quali abbiamo minutamente informati i nostri lettori, egli ora ritorna alla carica, e propone di qualificare come *Lemoscopia* la dottrina della ispezione delle grandi vie aeree. Per la più chiara intelligenza della cosa, crediamo utile riportare qui integralmente il seguente passo.

« Noi indichiamo come *grande via aerea* quella che va dall'apertura boccale fino alla biforcazione della trachea. L'esame di questo grande canale dovrebbe essere denominato *Lemoscopia* (da *laimos* collo). Le espressioni Faringoscopia, Laringoscopia, Tracheoscopia dinotano l'esame delle singole sezioni del canale aereo, e quindi rappresentano, ciascuna di esse, frazioni del metodo generale ».

« La teoria generale della Lemoscopia può essere riassunta in pochi capi-saldi. Noi distinguiamo:

« *due metodi* generali di *ispezione*: l'autoscopico ed il catottrico;

« *due metodi* lemoscopici: il paraglossico ed il cataglossico ».

	Metodo paraglossico	Metodo cataglossico
Metodo autoscopico	Lemoscopia paraglossica-catottrica	Lemoscopia cataglossica catottrica.

« A ciò bisogna aggiungere il concetto della *direzione*: e cioè tener presente che:

1) la lemoscopia paraglossica è l'esame del canale aereo senza previo abbassamento della lingua;

2) la lemoscopia cataglossica denota l'esame del canale aereo con previo abbassamento della lingua ».

Ciò premesso, Kirstein prende di nuovo a disamina la costituzione anatomica della grande via aerea — trachea e laringe, che costituiscono un tubo, il quale in sopra termina con una dilatazione ampolliforme (costituita dalla cavità faringea e dalla cavità orale). In questa dilatazione sono compresi anche la lingua, l'osso joide e l'epiglottide.

Alla ispezione immediata, cioè diretta della grande via aerea, si oppon-

gono due impedimenti: il primo è costituito dall'*epiglottide*, la quale, però, rappresenta un impedimento lieve. L'impedimento essenziale, in vece, è costituito dalla *lingua*.

Supponendo, per poco, che fosse completamente eliminato l'impedimento, si potrebbe—dice Kirstein—dall'apertura boccale vedere facilmente, in tutte le sue parti, la grande via aerea; e proprio, stando l'esplorando in atteggiamento militare, fin nella più ima profondità della laringe col metodo autoscopico; catottricamente, da questo punto più in giù. Inoltre, prosegue Kirstein, supponendo che non vi fosse l'impedimento, si potrebbe, senza ostacolo alcuno, ispezionare autoscopicamente tutta la via aerea, bastando all'uopo soltanto la flessione in avanti ed in dietro del capo, il che può essere eseguito nell'articolazione occipito-atloidea. Questo movimento, secondo lui, andrebbe detto « posizione del capo ». Immaginando che venisse condotta una linea dall'articolazione occipito-atloidea al centro del margine libero del mascellare superiore, l'angolo formato da questa linea (e rispettivamente dal suo prolungamento) con l'asse longitudinale della trachea, ci dà l'indice della flessione del capo. Quanto più (ma, bene inteso, fino ad un certo limite) questa inclinazione è ad angolo ottuso, tanto più profondamente si potrebbe (supposto che l'impedimento fosse eliminato) guardare, dall'apertura della bocca, autoscopicamente nella trachea.

Tutte le manovre di tecnica esplorativa, continua Kirstein, eccezion fatta della flessione del capo, sono rese necessarie unicamente dal sopra cennato impedimento, che, al pari di un grosso zaffo incuneato nella faringe, costituisce un ostacolo alla ispezione immediata della grande via aerea. Se, malgrado l'impedimento, si vuole realizzare una buona lemoscopia, non restano, a stretto rigore di logica, che le due seguenti possibilità: o combatterlo indirettamente, nel senso, cioè, di girare la situazione, facendo in modo che esso ostacoli, il meno possibile, la visione della grande via aerea; oppure tentare di spostarlo quanto più è possibile. Questi due obbiettivi costituirebbero il movente primo ed ultimo dei due metodi lemoscopici, cioè del metodo paraglossico e del cataglossico.

Il metodo paraglossico, può essere autoscopico (il semplice guardare nella bocca aperta) e catottrico il quale in ultima analisi si ridurrebbe a ciò che fino al 1895 andava col nome puro e semplice di Laringoscopia (e quindi sarebbe la invenzione Garcia, Türk, Czermak) con tutte le sue modificazioni, determinate dalla flessione del capo (specie col processo Killian). In vero, la lemoscopia paraglossica-catottrica richiede per solito (ed apparentemente in opposizione al modo com'è definita) uno spostamento dell'impedimento, quale spostamento non fa d'uopo che sia assoluto, ma soltanto fino al punto da rendere libera una via per la luce riflessa; la sporgenza della lingua in fuori è, per il cono luminoso laringeo, lo stesso come l'apertura della bocca per il cono luminoso orale. Il lieve appianamento dell'inarcamento della lingua costituisce, in ciò, un'azione accessoria (ma

pur sempre utile). Ad ogni modo, lo stesso Kirstein conviene, che già per tal fatto si ha un ravvicinamento (per lieve che sia) del metodo paraglossico a quello cataglossico. Inoltre, egli fa rilevare, che l'antitesi fra questi due metodi non è assoluta, perchè nella pratica si presentano svariati gradi di transizione dall'uno all'altro.

Il *metodo cataglossico* è identico alla tecnica con la spatola linguale. Esso può essere: *a*) autoscopico, e comprende la cosiddetta faringoscopia— cioè l'ispezione del mesofaringe tenendo la lingua abbassata, e la cosiddetta autoscopia della porzione terminale della faringe, della laringe, della trachea e del tratto iniziale dei bronchi); e *b)* catottrico, il quale risponderebbe nè più, nè meno che a ciò che Kirstein ultimamente ha qualificato come « laringoscopia combinata ». Questa, come lo stesso Kirstein conviene, ha un'applicazione molto limitata. Il principio, su cui si impernia, è di spostare dalla regione dell' ugola molto in basso, nella profondità della faringe, l'angolo (otticamente superabile). La tecnica del processo è la seguente: applicare la spatola linguale al pari di ciò che si fa per l'autoscopia, introdurre lo specchietto dietro l'epiglottide, e guardare da sopra. I vantaggi, che si trarrebbero da questo processo, sarebbero i seguenti: dominare con lo sguardo la superficie posteriore dell'epiglottide e l'angolo anteriore della glottide; facilitare parecchie operazioni endolaringee (specie quelle nella sezione anteriore della laringe), che si sogliono fare sotto la guida dello specchio.

Riassumendo: l'ideale, in materia di lemoscopia, sarebbe la eliminazione dell'ostacolo, opposto alla vista, dalla presenza della lingua; quest' obbiettivo può essere raggiunto inclinando in dietro la testa dell' infermo, il che tende a porre la trachea nel prolungamento rettilineo della bocca ed abbassando, in pari tempo, fortemente la lingua.

In ultimo Kirstein si difende dalle obbiezioni che gli sono state rivolte per avere voluto introdurre nella scienza la parola Autoscopia, la quale avrebbe, secondo i suoi critici, tre gravi pecche, e cioè di essere un barbarismo greco, di essere stata già adoperata da Czermak e di potere ingenerare confusione. A tutte queste obbiezioni egli risponde con argomenti abbastanza calzanti. In ultimo, finisce per dire, che se all'orecchio di qualcuno non suoni dolce o adatta la parola autoscopia, quegli potrebbe anche preferire, benchè meno incisiva, la parola eutiscopia.

***

A questo articolo di Kirstein, il professore B. Fraenkel risponde, nello stesso fascicolo dell'*Archiv für Laryngologie und Rhinologie*, con un breve articolo, smagliante e pieno di *verve*, nel quale dice candidamente che egli, quanto più si innoltra negli anni, tanto più annette una grande entità alla esatta denominazione delle cose. La nomenclatura chiara e ge-

neralmente accettata, fa dissipare qualsiasi equivoco, e acuisce in pari tempo la potenza di osservazione dello spirito. Sarebbe perciò a desiderare, che la nomenclatura medica avesse la precisione delle definizioni matematiche.

Partendo da questo concetto, dice Fraenkel, non è possibile approvare la parola « autoscopia » creata dal Kirstein, anzitutto perchè in greco non esiste la parola autoscopia, sibbene «autossia», ed in secondo luogo perchè questa parola non potrà giammai significare « visione diretta delle cose », in contrapposto alla « visione indiretta mediante lo specchio ». In fatti, anche la laringoscopia si effettua per l' intermedio dei nostri occhi, onde essa è eziandio un metodo autoscopico. La parola « autoscopia » potrà, quindi, restare una espressione prediletta del Kirstein, ma è difficile che tutti l'accettino. In secondo luogo, Fraenkel teme che questa parola si generalizzi, il che ingenererebbe equivoci. In fatti, già Katzenstein ha adoperato questa parola per indicare il suo metodo di ispezione diretta del cavo naso-faringeo. Proseguendo di questo passo, fra non molto si terrà parola di autoscopia della lingua, della cute, ecc. Quindi, ad evitare questa confusione «sarebbe opportuno che la parola laringoscopia restasse sacra. *Cui bono* sostituirla con quella di lemoscopia paraglossica-catottrica ?

Quanto alla espressione Lemoscopia (*lemos* significa gola) non vi sarebbero a fare appunti serii. Però, essa non è applicabile al naso ed alla dietrobocca. Non sarebbe meglio, conchiude Fraenkel, sostituirla col termine *Istmiologia* (*istmia* in greco significa il canale che conduce dalla bocca nello stomaco), e designare come *Istmioscopia* il metodo di esame oculare, e *Istmiatria* la cura topica di detto canale ? E' certamente una proposta da prendere in considerazione.

(Dall' *Archiv für Laryngologie*, vol. 6, fasc. 3).

EXNER dott. S. — *Il Laringometro* (*Das Laryngometer*).

L'Autore dichiara che, da qualche tempo, egli va escogitando il migliore mezzo possibile per misurare la larghezza dell'orificio glottideo nell'uomo e nell'animale vivente. Per raggiungere quest' obbiettivo, bisogna adoperare una dimensione che non sia fissata nello spazio (a causa degli inevitabili movimenti del capo e della laringe), e che renda possibile l'applicazione diretta di un mezzo misuratore.

A queste due condizioni risponde, nel modo più completo che mai, l'oftalmometro di Helmholtz. Però, esso non può essere utilizzato per misurare l'orificio glottideo, perchè è fisso, e quindi non sarebbe affatto maneggevole insieme allo specchietto laringeo e al un riflettore, oppure la manovra riuscirebbe oltremodo incommoda.

Balenava, perciò, spontaneamente alla mente l'idea di modificare questo istrumento, per raggiungere lo scopo in parola. Ciò sarebbe stato facile; però, com'è noto, il costo per aggiustare le due lamine di vetro, piane e

parallele, ch'è la parte più essenziale dell'apparecchio, è rilevante. L'A. perciò ha preferito di battere una via più semplice, con la quale è riuscito ad ottenere un istrumento, se non altrettanto completo, per lo meno sufficiente.

Lo spato islandico, com'è risaputo, ha questo nome per la sua proprietà di mostrare raddoppiato un oggetto, che si guarda, attraverso di esso, in date direzioni. Facendo girare il cristallo intorno alla direzione dello sguardo, una delle immagini doppie gira intorno all'altra, come se stesse in rapporto con lo spato islandico.

Prendiamo, per es., il caso più semplice, cioè che con lo spato islandico si guardi una striscia retta, di cui si voglia determinare la larghezza. Si porta anzitutto il cristallo in tale posizione, che i margini di destra delle immagini delle strisce coincidano in una linea retta; indi si farà lo stesso per i margini di sinistra. Quando il margine destro di una immagine doppia coincide con quello sinistro dell'altro, lo spostamento reciproco corrisponde alla larghezza della striscia, e ciò è misurato dal numero dei gradi angolari delle rotazioni.

Qualora si abbia un caso più complicato, cioè che l' oggetto, di cui si voglia misurare la larghezza, non sia limitato parallelamente, sarà opportuno avere una linea nel campo visivo, ed aggiustare le immagini doppie in modo, che detta linea venga toccata da una delle immagini a destra, e dall'altra a sinistra. Poichè i raggi delle due immagini escono parallelamente dal cristallo, per il risultato della misurazione è indifferente a quale distanza venga guardato l'oggetto. È questo un fatto molto prezioso per l'applicazione pratica.

Su questo principio è costruito il laringometro di Exner. Il primo apparecchio, da lui costruito, permetteva misurazioni lunghe fino a 5 mm. Qualora si vogliano misurare dimensioni maggiori, bisogna adibire uno spato islandico più lungo.

Grossmann ha fatto una vasta serie di ricerche con questo laringometro, ed afferma che, dopo essersi esercitato un poco con esso, potette misurare la glottide con una esattezza di uno a due decimi di millimetro. L'apparecchio viene costruito dal meccanico dell'Istituto fisiologico di Vienna, il signor L. Castagna (IX, Schwarzspanierstrasse, 15).

(dalla *Zeitschrift für Instrumentenkunde,* 1897).

KAYSER dott. R. — *La voce eunucoide* (*Die eunuch-ähnliche Stimme*).

Com'è noto, per voce eunucoide si intende un disturbo vocale nel sesso maschile, per cui la muta della voce, che ha luogo nella pubertà, non determina, come accade normalmente, la trasformazione della voce infantile in quella profonda e maschia, sibbene in una voce acuta, quasi trillante. Codesta voce eunucoide riesce sgradita, e quasi compromettente. In questi

casi furono talvolta rinvenute alcune anomalie nella posizione delle corde vocale, e spesso anche alterazioni catarrali della laringe e di tutte le vie aeree superiori.

Dal Fournié in poi, è stato ammesso che il trattamento più efficace della voce eunucoide consista in metodici esercizii vocali e fonetici. L' obbiettivo consiste nel fare produrre all'infermo un suono profondo, ed abituarlo a parlare con voce profonda e maschia. La difficoltà sta soltanto nel modo come provocare e fare apprendere all'infermo la produzione di suoni profondi.

Gutzmann, in un caso difficile, ha adibito con successo l'autolaringocopia, che l'A., per lo passato, aveva usata per la cura dell'afonia isterica. Però, è evidente che questo metodo può essere adoperato soltanto in circostanze speciali.

L'A., esaminando il meccanismo della voce eunucoide, e specialmente uno dei suoi fenomeni più salienti, ha trovato un mezzo facile e sbrigativo, per provocare nell' infermo la produzione di suoni gravi. Egli, cioè, al pari di Biaggi, ha constatato che, mentre questi individui parlano, la laringe ascende fortemente in alto. Del resto, è noto che questo movimento di ascensione della laringe ha luogo normalmente nel canto, pei suoni molto acuti; e chiunque parli volontariamente in voce di falsetto (voce eunucoide) può avvertire codesta ascensione della laringe. Ciò è tanto più facile negli uomini, in quanto che il cosiddetto pomo di Adamo risalta chiaramente. Se negl' individui con voce eunucoide si applica il dito sul pomo di Adamo, questo scomparisce quasi, sì fortemente viene attirata la laringe in alto, posteriormente all'osso joide. Sicchè, per produrre una voce profonda, bisogna richiamare l'attenzione dell'infermo sopra questo fenomeno. In un caso, nel quale trattavasi di un giovine polacco di 21 anno, che aveva una voce spiccatamente eunucoide, l'A. insegnò l'infermo a fissare col dito la laringe mentre parlava, e con quest'esercizio, proseguito metodicamente, dopo poco tempo quel giovine poteva parlare con voce bassa. Un identico successo conseguì altresì l'A. in un giovine di 18 anni. Sicchè egli si crede autorizzato a richiamare l'attenzione dei colleghi sopra questo fatto.

È indubitato, dice Kayser, che la voce eunucoide è dovuta ad un disturbo motore di coordinazione, analogamente come nello spasmo fonico della glottide. Però, mentre in quest' ultimo le corde vocali si ravvicinano fino a chiusura completa della glottide, nella voce eunocoide si ha una eccessiva tensione delle corde vocali, contemporaneamente ad eccessiva elevazione della laringe. Si potrebbe supporre, che la muta della voce induca, in alcuni individui, una abnorme innervazione della laringe, che persiste. Nel trattamento fa d' uopo ottenere una giusta innervazione con un « esercizio coscientemente fisiologico », al pari che nella cura del tartagliamento col metodo di Gutzmann. Ciò riesce tanto più agevolmente, quando si insegna l'infermo a controllare esattamente l'innervazione. Secondo

l'A., nella voce eunucoide ciò si ottiene insegnando all' infermo il mezzo più opportuno per ovviare all'eccessiva elevazione della laringe.

(Dalla *Monatsschrift für die gesammte Sprachheilkunde*, 1897).

V. MEYER

BONNES dott. A.. — *Della voce eunucoide e sua cura (De la voix eunuchoide et de son traitement)*.

Affetto egli stesso, l' autore, fino a 21 anno, da questo disturbo della voce, cerca ora, con l' analisi dei sintomi sofferti, di dimostrare la vera causa del male e la bontà del metodo di ginnastica vocale caldeggiato dal suo maestro Garel.

Egli si è convinto che la sola passione avuta pel canto, fin da fanciullo, è stata fatale alla sua voce, imperocchè pervenuto all' epoca della muta ed avendo continuato gli esercizi vocali nel registro elevato, la voce cantata continuò a mantenersi chiara ed uguale come prima, mentre quella parlata si alterò nella forma della voce eunucoide, cioè a note basse succedevano bizzarremente note elevate. Allora egli, per correggere questo difetto, era costretto a sforzarsi nel registro di falsetto, che gli riusciva più facile ed uniforme; e da questi sforzi, egli dice, gli derivarono afonie frequenti, intense e bizzarre. Fu nel decorso di una di queste afonie, che avendo consultato il Garel, questi non trovò all'esame laringoscopico che un po' di arrossimento delle corde vocali con laringe normalmente sviluppata.— Grazie ad un po' di esercizio vocale, fattogli apprendere da Garel e che egli ripetette a casa, ottenne la completa guarigione in 24 ore: la voce rimase bassa e forte, per 6-8 mesi, ed attualmente la voce parlata è di baritono e quella cantata di basso.

Quanto abbiamo premesso, serve di base per l'A. ad una nuova teoria sull'origine e l' essenza della voce eunucoide : egli, modellandosi sopra il suo caso esclusivo (le 19 storie succinte, poste in ultimo, sono di altri e non tutte valgono a sostenere la sua tesi), crede così di stabilire tutta la patologia terapia della voce eunucoide.

La sua teoria patogenetica prende le mosse da quella sulla *fonazione* formulata da Lermoyez, che egli riassume, per dedurne che la voce di falsetto è una voce anormale. Poi passa a rassegna critica le teorie emesse dagli autori che l'hanno preceduto, fermandosi principalmente su quella di Fournié che rigetta, su quella di Cadot che accetta, ma non assolutamente, e su quella modestamente emessa dallo scrivente nel 1887 negli Archivii Italiani di Laringologia, fasc. 2, che pure rigetta, però senza curarsi di rintracciare se in altri scritti o pubblicazioni lo scrivente avesse modificate le prime idee, come nel fatto, è avvenuto. Noi ricordiamo di avere alluso all' argomento, dopo quella prima pubblicazione, in vari *Rendiconti* del Dispensario di Laringojatria dell'Università di Napoli, specie in quello dell'anno scolastico 1888-89 a pag. 19, riportando il numero dei casi osservati annualmente, e poi di esserci fer-

mati un po' più a lungo sullo stesso argomento in occasione di qualche recensione di lavori altrui, per esempio ultimamente su quello di Biaggi (v. Archivii Italiani di Laringologia., Ottobre 1896), ed anche prima su quello di Cadot (v. gli stessi Archivii, Aprile 1894). Anzi, dalla piuttosto lunga disamina di questo ultimo lavoro, a me piace stralciare queste ultime parole di chiusura alla mia recensione :

« Checchè ne sia, noi abbiamo avuto l' opportunità di constatare tre fatti: 1.° che vi sono casi di voce eunucoide, in cui l' apparato muscolare della laringe si presenta realmente paretico ed alquanto atrofico ; 2.° casi nei quali la ginnastica vocale richiede un maggior tempo che una dozzina di minuti; 3.° e casi i quali sono accompagnati da atrofia o da anomalia di qualche testicolo o da deficiente sviluppo di altri parti del corpo. Se questi fatti sieno del tutto accidentali, o non abbiano il loro valore nella patogenesi della voce eunucoide, è il dubbio che tuttora ci rimane ».

Ciò valga semplicemente per la storia dei fatti, ed anche perchè, volendo ora dire la propria opinione, non fossimo costretti a ripetere quello già detto, tanto più inutile, in quanto che la maggior parte delle osservazioni alligate in ultimo allo scritto dell'A. sono dello stesso Cadot.

Tuttavia ci riserbiamo di scendere ai particolari, quando che sia, in uno scritto a parte; per ora ci limitiamo a mettere qualche interrogativo ad alcune *conclusioni* cui perviene l'A., e sono quelle che non potevamo far comprendere nella precitata recensione al lavoro del Cadot.

Ed in vero: come concepire, secondo l'A., che la voce eunucoide nasca sempre come semplice abitudine? Ma ancorchè così fosse nel suo caso, dovrebbe questa abitudine non solo dimostrarsi negli altri casi, ma eziandio, se fosse sola abitudine, dovrebbe la voce eunucoide mostrarsi molto più frequentemente di quanto si osserva. E la si chiami pure *abitudine, invece di dire disturbo funzionale abituale*, quando questo è inveterato, ma nel momento che si stabilisce sarà egualmente un'abitudine ? — Come concepire, secondo l'A., che la causa della voce eunucoide, o secondo lui il movente di quest' abitudine, sia sempre di ordine *psichico ?* Forse un'autosuggestione ?

Si noti, intanto, perchè si abbia un esame laringoscopico utile, bisogna non solo farlo nell' epoca che s' inizia il disturbo (nel caso dell' A. si è fatto a 21 anno, invece che a 13 o 14), ma ancora, oltre alle note fisiche grossolane (che possono esistere o ben anche mancare nel caso concreto) il laringoscopista deve studiarsi di sorprendere, qualora esista, i più fini disturbi nel rapporto delle parti con la loro funzionalità (così per esempio è evidente in molti casi la sproporzione fra la lunghezza delle corde e la loro sottigliezza, ovvero in altri *l' atteggiarsi* della glottide nella fonazione alla posizione della voce di falsetto ecc.).

In fine, a noi sembra che in Clinica non si osservi un sol tipo e grado di voce eunucoide, e che quando si osserva, come nel caso del dot-

tor Bonnes, che note basse si alternano bizzarremente a note di falsetto, noi crediamo che allora si abbia il caso più felice, perchè basterà iniziare l'opportuno esercizio vocale per avere il miracolo della guarigione. Ed è stato appunto questa specie di miracolo che ha dovuto, crediamo, impressionare il dottor Bonnes.

TRIFILETTI

DELLA VEDOVA dott. T. e BIAGGI dott. C. — *Laringofissione per papillomi multipli del vestibolo laringeo e della glottide.*

È già da un pezzo che i signori colleghi Della Vedova e Biaggi hanno pubblicato un caso di papillomi multipli del vestibolo laringeo e della glottide, curato con la laringofissione: mi piace riferirne, perchè se gli autori vorrebbero farne della laringofissione un metodo di scelta, sostituendolo ad altri più innocui e di più facile applicazione, certo non può dirsi questa la opinione della maggioranza.

Ricorderò brevemente la storia dell' infermo presentato all' Associazione medica lombarda.

Si trattava di un uomo a 44 anni, panettiere, che non offrì nulla di rilevante nel gentilizio. All'esame laringoscopico si notava ripieno il vestibolo laringeo e la glottide di masse papillomatose. La malattia cominciò con disturbi della voce, la quale si era alterata a tal punto, da arrivare sino all'afonia, che divenne persistente. Il respiro, dopo, ne risentì, tanto da divenire rumoroso, sibilante, interrotto da accessi di tosse stizzata. Ripetute volte, per lo spazio di 3 anni circa, furono asportati, per le vie naturali, varii pezzi di questa massa; ma i disturbi respiratorii e fonatorii non cedettero, anzi crebbero a tal punto, che gli autori si decisero ad un attivo intervento, praticando, previa tracheotomia, la laringotomia, la quale, in questo caso, dette un pò da impensierire, per l'enorme sviluppo dei vasi del collo e dei lobi della tiroide, specie del medio, essendo abbastanza pronunziata la piramide del Laloutte, così da sorpassare i bordi superiori della cartilagine tiroide.

L'infermo guarì; dopo 30 giorni rimasto in Clinica, ne riuscì in ottime condizioni.

Dallo studio di questo infermo, gli autori deducono come conclusione pratica, che la laringofissura dovrebbe essere più divulgata nella pratica laringoiatrica e sostituire nel trattamento delle stenosi laringee croniche tutti gli altri mezzi terapeutici che non sempre danno un esito sicuro e sovente associato a tristi complicanze.

Ora, io sul proposito mi permetto rilevare alcune osservazioni detratte dalla casistica clinica e dalla natura stessa dell' affezione, quelle medesime che, molti anni fa il prof. Massei fece dinnanzi all' accademia Medico-Chirurgica Napoletana, presentando un caso di papillomi laringei, reci-

divanti, guariti con un trattamento per le vie naturali, mentre era stata già praticata l'anno precedente la laringotomia.

Le riproduco testualmente.

1.°) « I papillomi sono tumori frequentissimi a riscontrarsi nella laringe frequentissimamente recidivano, malgrado si intervenga con i mezzi più energici ».

2.°) « La laringotomia, pur sussidiata dai moderni mezzi della Chirurgia, non sempre è esente da pericoli e da difficoltà » (come nel caso di Della Vedova e Biaggi).

3.°) « Oltre alla fase progressiva, ve n' è una involutiva del tumore, che si esplica sovente, mettendo in riposo l'organo, massime dopo la tracheotomia, e che spesse fiate basta questa sola per la cura. »

Dalle quali considerazioni facilmente si viene alle seguenti conclusioni, le quali dovrebbero essere considerate come tante norme: che bisogna in sulle prime operare per le vie naturali, sempre che lo permettano la docilità e l'età dell' infermo e laddove fosse lontano il pericolo di uno spasmo glottico; limitarsi alla sola tracheotomia in casi opposti; fatta la tracheotomia, ricorrere, se necessario, al metodo endolaringeo: raschiare, causticare ecc.; che se tutti questi mezzi non bastassero, o meglio non si potesse operare per la via endolaringea, come ultima ratio ricorrere alla laringotomia.

Or dunque, se la laringofissione non facesse più riprodurre il tumore, sarebbe preferibile a qualunque altro mezzo terapeutico; ma tenuto conto dell'importanza di quest'operazione e dei pericoli che presenta, vale meglio servirsi di mezzi più facili, i quali, anche se ripetuti, non solo riescono più innocenti, ma conducono spesse fiate ad una completa guarigione.

Cosicchè se io sento il bisogno di congratularmi con gli autori per i buoni risultamenti della non facile operazione, mi sento pure tirato ad esprimere il desiderio che almeno noi specialisti fossimo di accordo su certi punti della pratica, che a me pare non possano dar luogo a controversia, e mi permetto terminare col dire che niuno potrebbe garentire, malgrado la eseguita laringofissione, nel caso riferito, che il tumore non si riprodurrà.

L. AJELLO

GAREL e COLLET — *Atlante stereoscopico di anatomia del naso e della laringe (anatomia normale e patologica) — 30 fotografie (Atlas stereoscopique d' anatomie du nez et du larynx).*

Dichiaro con tutta lealtà, che malgrado la piacevole impressione ed il costo elevato dagli *Atlanti*, io ho avuto sempre per questi libri, una cordiale antipatia. Non dico già per quelli *anatomici* e *microscopici*, sulla utilità dei quali non si discute; ma mi riferisco alla riproduzione, in ta-

vole colorate o non, di tutte quelle parti del nostro corpo, sane, accessibili alla vista, od ammalate. Soprattutto per quanto concerne *laringologia ed organi annessi*.

Una tavola illustrativa, quando non si può presentare l' infermo, è sempre pregevole; ma sostituire, per lo studioso, alle regioni ed alle lesioni anatomiche le figure, quando quelle si possono esplorare sul vivo con tutta facilità, non mi pare cosa realmente vantaggiosa. Interroghiamo noi stessi, e noi sinceramente diremo che molti di questi *Atlanti* sono coperti di annosa polvere nelle nostre Biblioteche, e quando ci degniamo di gittarvi una pietosa occhiata, molte volte è quella della compassione!

Però questo del Garel e Collet rappresenta la eccezione alla regola, tanto che io, refrattario, mi decido a darne notizia ai lettori, perchè, con la felice idea dello stereoscopio, si ha una idea precisa di molte regioni (le nasali soprattutto) che reclamano un buon orientamento ed esatte nozioni anatomiche.

In fatti, a me, le meglio riuscite pajono appunto quelle relative ai diversi tagli delle fosse nasali. E visto la mitezza del prezzo, veramente è un acquisto che si può consigliare a specialisti e medici.

L' editore è Ottavio Doin, a Parigi, 8, Place de l' Odéon.

MASSEI

SOCIETÀ LARINGOLOGICA BERLINESE

Seduta dell' 8 Gennajo 1897

Kirstein mostra, prima di passare all' ordine del giorno, un istrumento, modellato sopra quello di Escat, per introdurlo nel seno piriforme, a scopo di esame laringoscopico nei bambini.

Rosenberg presenta il preparato di un polipo faringeo, con formazioni cistiche, il quale si inseriva ampiamente sul margine coanale sinistro, ed era munito di prolungamenti.

Herzfeld mostra rinoliti, che contenevano solfuro di ferro. Come nucleo del rinolite si rinvenne un pezzettino di ferro, che pesava 5 ctgrm. Quando il secreto ristagnava nel naso, l'acetato di piombo prendeva sempre un colore nero. Perciò Herzfeld crede, che il secreto abbia secondariamente formato, dal nocciuolo di ferro, il solfuro di ferro. Dieci anni prima, l'infermo aveva avuto una ferita da punta in direzione dell'angolo oculo-nasale sinistro; ed a partire da quel tempo, erano comparsi i dolori.

Fraenkel presenta il secondo molare di una giovanetta di 18 anni, la quale soffriva suppurazione del seno mascellare. Esso, al pari del dente limitrofo, sporgeva liberamente nella cavità ascessuale. Al di sopra eravi una granulazione molto grossa.

Seduta del 26 Febbrajo

Prima di passare all'ordine del giorno, Treitel mostra un preparato di empiema multiplo delle cavità accessorie del naso.

Si passa poi alla discussione circa la comunicazione di Kirstein sulla rinoscopia anteriore profonda. — Alexander ritiene l'istrumento come superfluo. Secondo lui, quest'esame potrebbe avere valore per l'empiema delle cavità accessorie del naso. La frattura dei cornetti, che può aver luogo in quest'esame, non è punto un fatto indifferente.

Kuttner crede che codesto metodo non sia difficile, specie con l'istrumento perfezionato. Vi sono casi, in cui esso rende buoni servigi. Però, è sempre grave il fatto, che con l'istrumento può essere prodotta la frattura dei cornetti. Mercè spostamento, o formazione del callo, può aversi, come conseguenza, una ostruzione dei dotti escretori di questi seni.

Kirstein ammette quanto asserisce Kuttner, e ribatte gli appunti, rivoltigli da Herzfeld in una precedente seduta.

Musehold tiene parola della stroboscopia e della fotografia della laringe.

I primi dischi stroboscopici sono stati inventati da Stampfer, contemporaneamente ed indipendentemente da Plat a Bruxelles. Per ottenere le fasi artificiali è opportuno che il movimento del disco con le sue aperture sia alquanto più lento delle vibrazioni del corpo che si osserva. Se il movimento è troppo rapido, può accadere che, in talune circostanze, rimanga occultata la elevazione massima del corpo vibrante. — Per l'esame delle vibrazioni delle corde vocali, Musehold prende a base le belle osservazioni di Oertel, che fu il primo ad applicare il principio dello stroboscopio alla laringe. Circa la vasta serie delle osservazioni del Koschlakoff, egli fa rilevare le indicazioni che questi ha dato circa la importanza dell'angolo di inclinazione Nelle condizioni normali di vita, questi autori ebbero a constatare soltanto vibrazioni sincrone. Koschlakoff non potette accertare, nella voce di falsetto, vibrazioni diametralmente opposte delle parti laterali. Srimanowsky, che potette eliminare l'azione di un cricotiroideo (mediante paralisi o raschiamento) vide, nei suoni più acuti, vibrazioni alternanti, in quelli profondi, sincrone. Musehold presentò alcune fotografie, per avvalorare la esattezza dei suoi reperti nei vari registri. — Per utilizzare la stroboscopia, associata alla fotografia, si applica lo stroboscopio all'asse del motore. Egli adopera specchi, muniti di un grosso foro. I dischi debbono essere tagliati in modo, che le fenditure sieno eguali agl'intervalli. La proporzione più favorevole fra l'acutezza e la intensità della luce deve essere determinata sperimentalmente. Musehold opina che 1/3 d'intensità luminosa sia del tutto sufficiente. In generale, bastano due dischi (i suoni dànno fino a due ottave).

Le recenti osservazioni di Musehold confermerebbero i suoi precedenti concetti. In fatti, nel registro di petto le corde vocali sono strette fortemente insieme, e ciò tanto più, quanto più si canta a voce alta. Le opinioni, finora emesse sul proposito, si appoggiavano troppo sul paragone con le membrane. L'elevazione, se pur si verifica, passa del tutto in seconda linea rispetto allo spostamento.

Sono a menzionare qui gli esperimenti di Koschlakoff, i quali sono dimostrativi e decisivi, come pure la combinazione di Musehold, il quale, associando il suo apparecchio fotografico con quello stroboscopico, ha dimostrato la esattezza del suo concetto. Nei suoni di falsetto persiste sempre una fenditura. Pertanto, qui persiste l'impressione di una concomitante elevazione. Musehold non ha trovato linee nodali. La rima persiste, perchè viene pure a mancare la contrazione dei tiro-aritenoidei interni.

L'O. istituisce un paragone, per analogia fra il movimento delle labbra delle corde vocali con quello delle labbra nel suonare la tromba. Sopra uno strumento adeguato di questo genere si possono osservare con i descrittii istrumenti, mentre il suono si sprigiona, gli stessi movimenti così nella dolce espirazione come nel falsetto. Ciò depone a favore dell'ipotesi di Vodart, secondo la quale non sarebbero i movimenti delle labbra delle corde che determinano i suoni, sibbene le vibrazioni dell'aria propagate e modificate.

Seduta del 26 marzo

Prima di passare all'ordine del giorno, Kuttner mostra un caso nel quale fu estirpato — dal setto nasale di un giovine—un tumore, grosso quanto un nocciuolo di ciliegia, il cui esame istologico fece rilevare che trattavasi di un granuloma. Tuttochè la zona di impianto del tumore fosse stata cauterizzata con la galvanocaustica, vi fu recidiva, e si produssero infiltrazioni bernoccolute. — Trattamento elettrolitico del fondo della zona di impianto. Mentre i punti, così trattati, rimanevano liberi, dopo qualche tempo nelle adiacenze apparvero, ad amendue i lati, nuove infiltrazioni, il cui esame fece rilevare che trattavasi di cellule giganti. Non si rinvennero bacilli. La diagnosi oscilla fra tubercolosi e sarcoma a cellule rotonde; tuttavia, è più probabile che si tratti di un processo tubercolare.

Littauer riferisce che in una piccola inferma furono constatate, come reperto accessorio, aperture simmetriche negli archi palatini anteriori.

Flatau mostra un tumore maligno (sarcoma?) del cavo naso-faringeo, di una donna di 64 anni. Con cinque sedute elettrolitiche (3-8 minuti), nelle quali furono adoperate correnti di 40-60 milliampères, il tumore è diminuito di un quarto od un terzo del suo volume. La respirazione nasale a destra, che prima era completamente impedita, è ora divenuta possibile, benchè sia stentata. Precedentemente era stato praticato il trattamento elettrolitico, per la via del cavo naso-faringeo.

Heymann mostra il preparato di un sarcoma faringeo (che era stato felicemente trattato con l'arsenico) di un infermo, morto tisico.

Beckmann presenta il preparato di un grosso fibroma del cavo naso-faringeo, che fu asportato con l'ansa fredda.

Nella consecutiva discussione, Meyer afferma di avere osservato un caso analogo a quello veduto da Kuttner. — Questi ricorda i suoi lavori e le sue relazioni sopra l'elettrolisi, in cui egli, adoperando il polo negativo, potette pervenire fino a correnti di 100 milliampères. — In un caso, che ebbe più tardi in cura, si produsse una gravissima rinorragia.

Fränkel raccomanda, a proposito della dimostrazione di Beckmann, l'ansa candente. Questa, in generale, non impedisce l'emorragia.

Rosenberg riferisce sopra un caso, da lui osservato.

Beckmann riferisce che il tumore aderiva col cercine della tromba e del setto, sicchè si dovette asportarlo con violenza.

Nella discussione sopra la comunicazione di Musehold, Flatau afferma che, per quanto gli è possibile giudicare dalle ricerche che ha eseguite insieme a Kuttner, non crede che si possa attribuire un valore generale a quanto Musehold avrebbe constatato sul registro nella voce di petto, e che èvvi piuttosto una differenza fra la intonazione profonda e quella piana nel registro di petto.

Kuttner crede che la ipotesi di Ewald, secondo la quale le parti vibranti sarebbero disposte a mò di tanti cuscinetti, meriti di essere preferita a quella di Musehold.

Kirstein presenta una fotografia del cavo naso-faringeo, ritratta dal Franz.

Fränkel ha pubblicato una fotografia del cavo naso-faringeo, ritratta dal French.

Musehold crede di avere menzionato, che nel canto piano le corde vocali lascino fra loro una esile apertura rettilinea. Nel canto piano, quanto più esso è basso, tanto più la immagine delle corde vocali diviene simile a ciò che si ha nel falsetto. Le corde vocali hanno allora una superficie più liscia mentre nel registro di petto si ingrossano.

In ultimo, Demme presenta una donna con un tumore, grosso quanto un pomo, del cavo naso-faringeo. Il neoplasma avrebbe avuto punto di partenza dalla plica faringea. Inoltre, è stato constatato in questo caso, anche un tumore del fegato. Demme opina che i tumori nasali potrebbero essere secondarii.

Seduta del 29 Ottobre

Prima di passare all'ordine del giorno, il dottor Meyer presenta un bambino, affetto da papillomi di una corda vocale, i quali si sono dissipati spontaneamente, senza operazione,

Flatau mostra istrumenti per l'emostasi nel naso. Inoltre, riferisce un caso in cui, nell'operazione di vegetazioni adenoidi, si verificarono emorragia profusa ed asfissia. Un bambino di tre anni, alquanto cagionevole, fu operato (senza sottoporlo alla narcosi) con la curetta. Alcune parti delle proliferazioni non erano capitate nel tubo laringo-tracheale. Flatau, senza essere coadiuvato da alcuno, eseguì, con la massima rapidità possibile, la tracheotomia, nel bambino quasi moribondo. Attraverso la ferita tracheale, fu aspirato il liquido sanguinolento. Il bambino fu salvato. È il primo di questi casi, registrato nella rispettiva letteratura.

Nella discussione, che seguì alla esposizione di questi casi, Kirstein ricorda un caso di Thorner. — Anche Herzfeld, dice egli, ha veduto un caso di involuzione spontanea del papilloma.

Herzfeld ricorda il caso di Voltolini.

Flatau fa notare, che gli accidenti prodotti da caduta di masse estirpate nella trachea, rientrano in un' altra categoria.

Passando all' ordine del giorno, Kuttner parla dei granulomi sifilitici del naso.

L'O., in base a quattro storie cliniche, discute la sintomatologia e la diagnosi di questa malattia. Questi granulomi non presentano nulla di caratteristico per la sifilide. L'esame locale fa rilevare tumori peduncolati, finanche multipli, di colore grigio od anche rosso; sovente si constatano erosioni, raramente ulcerazioni profonde. Il tessuto è friabile. Gomme con consecutiva esulcerazione (carie, perforazione) e granulazioni possono coesistere; oppure queste possono essere prodotte dallo stimolo infiammatorio, prodotto dalle gomme: esattamente le stesse condizioni, come nei tubercolomi e nei focolai tubercolari. La tubercolosi, il lupus (la lepra e la morva), ed i fibromi semplici possono essere scambiati con i granulomi, perchè la sede e l'aspetto non presentano nulla di caratteristico.

Per i casi dubbii, l' O. raccomanda l' injezione di tubercolina e di iniziare una cura antisifilitica. La struttura istologica si stabilisce come nelle gomme. Però, mentre qui la tendenza alla metaforfosi regressiva ed al disfacimento centrale è generale, questi tumori sifilitici sono molto tenaci e resistenti, e sono costituiti da un connettivo molto compatto: secondo la classificazione di Virchow, questi tumori costituirebbero un grado di transizione fra i tumori eterologhi genuini ed i neoplasmi omologhi iperplastici.

2) Meyer presenta una vasta serie di preparati del suo lavoro sopra lo sviluppo dei tumori laringei.

3) Bussenius presenta il preparato di un sarcoma del mascellare superiore destro. Questo preparato è stato ottenuto con la resezione totale del mascellare superiore.

Presenta, inoltre, il preparato di una pericondrite tubercolare dell'epiglottide. Su di esso si rileva che il processo si era avanzato fino all' aponeu-

rosi superficiale del collo; e poco tempo prima della morte, il rispettivo punto era divenuto visibile in forma di una tumefazione esterna.

4) Meyer presenta un preparato di carcinoma delle glandole dell'esofago, che si era fatto strada nella trachea. La corda vocale destra si era avvicinata alla linea mediana. I rispettivi preparati istologici vengono presentati più tardi.

5) Alexander mostra un preparato di paralisi bilaterale del ricorrente, diagnosticato in vita, per tumore dell'esofago. Il ricorrente destro, al pari di quello sinistro, possono essere seguiti in una glandola carcinomatosa, donde fuoriescono. Il vago era compresso in amendue i lati.

Dal reperto clinico, Fraenkel rileva quanto segue: le cartilagini aritenoidi distavano complessivamente 1 - 1 1|1 mm. fra loro. I margini liberi erano concavi. Nella fonazione notavasi la immobilità della cartilagine aritenoide. Poteva essere prodotta una sfumatura di voce. Era degna di nota la frequenza del polso, il quale dava 120 battiti al minuto, che prima della morte pervennero a 180-200 battiti. Già *intra vitam* fu fatta diagnosi di paralisi bilaterale del vago, il che fu confermato dal preparato.

Alexander con l' esame istologico ha constatatò una completa degenerazione delle fibre dei muscoli laringei. La degenerazione era uniforme in tutti i muscoli.

Grabower afferma che gli adduttori non erano paralizzati, onde non eravi alcuna paralisi del ricorrente, sibbene una paralisi del postico. Secondo lui, è decisivo soltanto l' esame dell' aritenoideo interno.

Seduta del 3 dicembre

Prima di passare all'ordine del giorno

1) Busenius presenta: *a)* Un protettore «sterile», per covrire la barba nell'esame e nelle operazioni nelle vie aeree superiori.

b) Un apparecchio per sterilizzazione e misurazione della cocaina.

2) Kirstein mostra corpi stranieri (bottoni di camicia, acini di caffè) della cavità nasale, resi visibili soltanto con lo speculo di Killian. Trattavasi di bambini in età tenerissima. L' istrumento fa divaricare la cavità nasale di piccoli bambini; però, a causa della grande dolorabilità, richiede la narcosi.

Rosenberg dichiara che, a tale scopo, non ritiene come necessarii nè la narcosi, nè un nuovo istrumento.

Heymann crede che in alcuni casi eccezionali possa essere necessario un tale istrumento.

Kirstein, molte volte, non ha potuto fare a meno della narcosi.

5) Treitel mostra un pezzo di dentiera, estratto dall'esofago con la pinza di Tobold. Con i raggi di Röntgen stabilì la diagnosi di sede.

Passando all'ordine del giorno, Herzfeld fa constatare, che la macchia

bianca non è decisiva per diagnosticare la grandezza della cavità. Se essa manca, non si può affatto dedurre con certezza che il seno frontale esista oppur no. — Circa il sondaggio, fa rilevare, che le fotografie delle sonde non dimostrano che esse abbiano attraversato le aperture naturali, nè la loro situazione nel seno frontale. Herzfeld dimostra ciò con alcune sue fotografie (simili a quelle di Scheier), nelle quali la sonda soltanto apparentemente sta nel seno. Anche per la parte fisiologica, Herzfeld ammonisce ad essere cauti.

Flatau fa rilevare, che egli aveva già espresso gli stessi dubbi e mòniti. Egli crede che con questo metodo il pericolo di esagerare la entità del reperto ottenuto, non sia così grande come nell'ordinario metodo di illuminazione per trasparenza. Associando questi due metodi, si ha forse un indizio prezioso. Quanto alla utilità per gli studii della fisiologia della favella, gli sembra che questo metodo sia inferiore a quelli antichi.

Treitel condivide la stessa opinione in riguardo all'applicazione agli studii fisiologici. In un caso di frattura della laringe, egli ebbe a constatare, che i metodi davano risultati suscettibili di svariate interpretazioni.

Rosenberg avvisa che la illuminazione per trasparenza del torace dà spesso buoni risultati diagnostici (paralisi del ricorrente). Egli ha constatato ciò in due casi di aneurismi.

Kirstein crede pure, che in altri campi non meno ascosi, e specialmente nei tumori della cavità toracica, si protranno ottenere con questo metodo risultati superiori a quelli che si ottengono nella stessa rino-laringologia. Egli comenta ciò con il caso di un tisico, nel quale con questo metodo fu constatato un tumore mediastinico, che in nessun altro modo avrebbe potuto essere diagnosticato.

Scheier ritiene che gli stessi fotogrammi non sieno dimostrativi. Per lui, l'illuminazione per trasparenza ha soltanto un valore accessorio.

Busenius: *Preparati anatomici.* -- 1) Carcinoma inoperabile che,- malgrado una estesa infiltrazione e disfacimento della base della lingua e dell' epiglottide, era rimasto circoscritto ad un lato. Morte per pulmonite *ab ingestis.*

2) Un carcinoma della faringe di un infermo che, cinque ore dopo la sua ricezione in clinica, era morto, in pochi minuti, dissanguato. Alcune glandole suppurate si erano vuotate attraverso il tumore. Nell'àmbito della zona ulcerata decorreva la mascellare esterna, la cui emorragia aveva ucciso l' infermo.

3) Tumefazione ed ulcerazione di una corda vocale e tumore glandolare al collo. L'infermo permise soltanto l'esportazione del tumore, e morì dopo l'operazione. All'autopsia fu constatato un tumore (grosso quanto una noce avellana) della lamina posteriore della cartilagine cricoide e della parete anteriore della faringe.

4) Tumore mediastinico con posizione mediana a destra. Durante l'osservazione si produsse il restringimento della pupilla. La stenosi laringea aumentò, ed accadde la morte nel collasso. L'autopsia fece rilevare un carcinoma dell'esofago, che risiedeva nella regione della biforcazione, e comprimeva in avanti la parete posteriore della trachea. Il ricorrente è ancora completamente inglobato in un tumore glandolare a destra.

5) Una membrana lunga 25 ctm., vuotatasi dall'esofago, di una donna avvelenata con liscivia. La formazione di questa membrana è forse da attribuire all'introduzione di una sonda esofagea, praticata al di fuori dell'ospedale. Essa fu espulsa al nono giorno.

Passando alla discussione, Schoetz invita i colleghi a pronunziarsi sul risultato finale di queste operazioni.

Heymann e Fraenkel hanno constato che i risultati in parecchi casi sono ottimi.

Schoetz consiglia a regolarsi secondo l'intelligenza degl'infermi.

Però, Heymann opina che questa pratica non dia alcuna garenzia del successo.

Flatau, in vece, dice che l'ha eseguita in due casi con risultato positivo.

Passando all'ordine del giorno, Fraenkel parla sopra la tracheotomia con anestesia locale. Egli sconsiglia la narcosi cloroformica, nella stenosi laringea cronica, a causa del pericolo dell'asfissia. In quella acuta, il pericolo sarebbe minore. La stenosi laringea cronica non soltanto implica l'autoregolazione del pulmone, la quale agisce automaticamente, ma anche un meccanismo speciale per l'aspirazione dell'aria. Perciò spesso si hanno accessi asfittici nel sonno. Inoltre, egli ricorda la frequente posizione coatta inclinata in avanti, la quale, scomparendo nella narcosi perchè è soppressa la volontà, conduce all'asfissia. Tutti questi motivi inducono Fraenkel a praticare l'anestesia cocainica, che egli finora ha eseguito 23 volte. Egli ne instilla sottocute, in due a quattro punti, una piccolissima quantità di una soluzione al venti per cento. In molti casi, perciò, non viene avvertito alcun dolore, e l'infermo non prova alcuna ambascia. Sopra 17 adulti, 7 morirono per l'affezione fondamentale, ma nessuno per l'operazione. Delle forme acute ne sono state così operate due, in adulti, per edema glottico. Quattro volte furono praticate operazioni in bambini che, dopo l'instillazione di cocaina, furono portati in una seminarcosi cloroformica.

Schoetz domanda se, con questa dose di cocaina, non si verifichino accidenti per l'azione sul cuore (a 0,04). Egli ritiene che l'anestesia col metodo di Schleich sia meno pericolosa, e riferisce un caso di cronica stenosi laringea, in cui l'infermo morì, prima dell'operazione, per paralisi cardiaca.

Wittkowski ammonisce a non usare soluzioni concentrate di cocaina nella tracheotomia. Non si dovrebbe eccedere la dose di 0,03 perchè, ol-

trepassandola, avviene la distruzione dei leucociti. L'O. ha veduto 12 volte la tracheotomia, eseguita dopo l'anestesia alla Scleich, ed ha potuto convincersi con quanta facilità agisce questo innocuo processo. Egli ricorda la pubblicazione di Rechold, e riporta molti casi, registrati nella letteratura, i quali confermano il suo modo di vedere.

Fraenkel dichiara che la dose massima di 0,4 è assolutamente innocua. Il pericolo, forse maggiore, della instillazione, cade in considerazione soltanto perchè si teme che verrebbe accresciuta un' adinamia cardiaca, già esistente, al che egli, fondandosi sopra le osservazioni personali, non crede. Inoltre, porta opinione che col metodo Schleich l'operatore non si può orientare molto bene. Egli ha adoperato il suo metodo già prima che fosse stata escogitata ed attuata da Schleich l'anestesia per infiltrazione.

Seduta del 7 gennajo 1898

Prima di passare all'ordine del giorno, Schoetz presenta un caso di stenosi tracheale, avvenuta per scleroma. La trachea era ristretta da una massa di secreto addensato; e, al di sotto del secreto, notavasi la mucosa inspessita, la quale in alcuni punti aveva un aspetto granuloso. In base a questi reperti, la diagnosi poteva oscillare soltanto fra lo scleroma (blenorrea di Stoerk) e la sifilide. Nulla deponeva per quest'ultima. L'ammasso di secreto, addensato nella sezione tracheale superiore, dovette in ultimo essere asportato, e fu allora constatato che la trachea in giù presentava altre gibbosità, tra cui uno speciale tumore al di sopra della biforcazione della trachea. Asportata la cennata massa, l'inferma si sentì molto alleviata. L'esame microscopico fece rilevare che trattavasi di scleroma.

Demme mostra un polipo nasale con una piccola necrosi da compressione.

Petersen raccomanda, per l'esame laringoscopico di piccoli bambini, l'apparecchio di Mount Bleyer per attirare la lingua in avanti.

Flatau domanda in che cosa il processo si distingue dalla laringoscopia combinata di Kirstein.

Rosenberg crede che bisogna limitare, quanto più è possibile, l'esame forzato violento.

Schoetz sostiene che lo stiletto epiglottico di Reichert non agisce direttamente sull'epiglottide, e sembra superiore a quello mostrato. Egli ritiene che l'istrumento di Escat sia pericoloso.

Kirstein porta opinione che la parte essenziale della laringoscopia combinata stia nello spostamento dell' istrumento. Ecco perchè la sua laringoscopia combinata non è identica al processo descritto.

Herzfeld difende il processo, che fu tollerato anche da poppanti.

Fraenkel: la narcosi con pregressa cocainizzazione è indispensabile in parecchi casi.

Rosenberg e Schadewaldt sconsigliano una manovra forzata. L'impedimento sarebbe dovuto alla forma anatomica dell'epiglottide.

Ed in senso analogo si pronunziarono diversi altri membri della Società laringologica.

Prima di passare all'ordine del giorno, Flatau riferisce sopra un tumore tonsillare sferico, che aveva un diametro di 3,5 cm., e che erasi sviluppato, in un giovine di venti anni, tutt' al più nel periodo di quattro anni. Malgrado una grave ostruzione dell' istmo, non vi erano disturbi della deglutizione e della respirazione. Fu fatta l' asportazione con l'ansa candente. Diagnosi istologica: linfoma con caseificazione centrale.

Rosenthal mostra un'aderenza sifilitica, nella faringe, e nel cavo naso-faringeo.

Kuttner presenta un preparato, provveniente da un infermo, che aveva esaminato un mese e mezzo prima. Egli rinvenne un tumore a destra, che aveva impegnato la corda vocale ed erasi diffuso sulla parete laringea posteriore; la mobilità era conservata e la superficie liscia. L'O. non ritiene come probabile che potesse trattarsi di carcinoma. L'autopsia fece rilevare una grossa gomma, la quale prendeva punto di partenza dal pericondrio, e spostava, davanti a sè, la regione sottoglottica. Nel centro eravi una icorizzazione.

T. S. FLATAU (Berlino)

VARIA

Compiamo un dovere annunziando ai lettori che da qualche mese il prof. F. Scalese ha publicato un pregevole libro, che porta il modesto titolo di: *Osservazioni di Clinica Medica.*

L'indole del giornale ci vieta di entrare nei dettagli, ma noi teniamo a far noto questo lavoro, il quale onora moltissimo il prof. Scalese e rivela quell'acuto spirito d'indagine che lo guida nelle osservazioni; nè sappiamo tacere che la forma è emula degna della parte sostanziale, sicchè quelle pagine si scorrono con diletto e profitto.

Il libro è stampato dalla Tipografia F. Sangiovanni, porta la data del 1898 e costa L. 5.

***

Verso gli ultimi di settembre di quest'anno avrà luogo in Barcellona il *Secondo Congresso Spagnuolo di Oto-rino-laringologia.*



Una ben dolorosa notizia abbiamo rilevata dai giornali, e col cuore trafitto la mandiamo ai nostri lettori: la morte di Giuseppe O' Dwyer.

Quando si pensa ai grandi servigi che, grazie all'intubazione, di cui fu il creatore, questo grande ingegno rese alla scienza ed all' umanità, non si può che piegare le ginocchia sulla sua tomba, e ricordare con riconoscenza il suo nome immortale.



In questi tempi calamitosi e difficili, una delle cose più ardue è il piazzare bene ed opportunamente l'obolo della carità. L'alto sentimento filantropico che anima l'amministrazione del *Collegio Convitto pei figli orfani dei Sanitari Italiani*, che ha sede in Perugia, riempie l'anima di emozione nel vedere che la inappuntabile amministrazione delle non laute offerte, è riuscita ad accogliere, nutrire ed educare sette orfani dei nostri colleghi.

Accettando il prof. Massei di far parte del Patronato per la Città di Napoli, egli rivolge calda esortazione a tutti i colleghi perchè concorrano a questa pietosa opera e facciano a lui tenere il relativo obolo.

L'offerta di 5 lire annue, che a beneplacito dell'oblatore può essere elevata, se è tale da non guastare il bilancio del più modesto esercente, ricolmerà di gioje l'animo suo, nel dolce pensiero che gl'innocenti figli dei nostri non fortunati colleghi hanno a Perugia un Asilo, che pochi conoscono, ma che tutti i Sanitarii d'Italia avrebbero il dovere di far prosperare.

Questo fascicolo è di pagine 36, perchè quello precedente ne conteneva 16 in eccesso; rimangono sempre 4 pagine in più, delle quali terremo conto nel fascicolo successivo.

LIBRI VENUTI IN DONO

BUTLIN dott. H. — On a second case of removal of a « pressure pouch » of the oesophagus. London, 1898.

BROWN KELLY dott. A. — Large pulsating vessels in the pharynx, 1898.

COBB dott. F. C. — Acute inflammation of the antrum of Highmore.

— A new electrical nasal saw. Boston, 1897.

MAYER dott. E. — Primary lupus of the larynx. New-York, 1898.

FINK dott. E. — Die Fremdkörper in Nase und Ohr. Jena, 1897.

GLEITSMANN dott. J. W. — Reminiscences of the international medical Congress at Moscow. 1897.

— Remarks on treatment of chronic affections of the faucial tonsils, with demonstration of instruments. New-York, 1897.

— Report of the progress made in the treatment of laryngeal tuberculosis since the last international Congress. New-York, 1897.

— Influence of adenoid vegetations on the growth and configuration of the upper maxilla and the nasal septum. Danburg. Conn., 1897.

KNIGHT dott. C. H. — Exostosis of the septum as a cause of chronic naso-pharyngitis. 1897.

— The President's address delivered before the American Laryngological Association at its nineteenth annual Congress. New-York, 1897.

ST. CLAIR THOMSON — The inunction of mercury in tertiary syphilis of the nose and throat. St. Louis, 1898.

OSTMANN — Ueber die Reflexerregbarkeit des Musculus tensor tympani durch Schallwellen und ihre Bedeutung für den Höract. Marburg, 1898.

— Ueber die Beziehungen zwischen Ohr, Nase und Rachen und die sich darauf gründende rationelle Behandlung gewisser Mittelohrerkrankungen. Wien, 1897.

BOULAY dott. M. — Des rétrécissements sous-glottiques observés à la suite de l'intubation. 1897.

CHIARI prof. O. — Angeborene membranöse Faltenbildung im hinteren Glottisantheile. 1897.

— Beiderseitige Lähmung des Nervus recurrens. 1898.

CONCETTI prof. L. — Ricerche chimiche sul liquido idrocefalico dei bambini e della sua azione di fronte ad alcuni batteri patogeni. Roma, 1898.

— L'organoterapia nelle nefriti della Infanzia. Roma, 1898.

— Ricerche sulla Indicanuria nelle malattie infantili. Napoli, 1898.

CONCETTI prof. L. e MEMMO dott. G. — Sulla tossicità del bacillo di Loeffler in rapporto alla sua morfologia. Roma, 1898.

POLI prof. C. — Complicazioni endocraniche della otite media purulenta. Torino, 1898.

MELZI dott. U. — L'insegnamento dell'otorinolaringoiatria a Vienna. Milano, 1897.

PETRONE prof. A. — Altri metodi per la ricerca del nucleo dell'emasia. Catania, 1898.

GRAZZI prof. V. — A proposito della cura dell'ozena col siero antidifterico. Firenze, 1898.

— Discorso fatto all'inaugurazione del Terzo Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia. Roma, 28 ottobre 1898.

— Note oto-rino-laringologiche. Firenze, 1898.

— Di una grave complicazione dopo l'asportazione di un papilloma della laringe. Firenze, 1898.

— Sur un cas de surditè complète à la suite d'une méningite aiguë par diplococcus de Fränkel. Florence, 1897.

SPIESS dott. G. — Beitrag Zur Aetiologie einiger nasalen Reflexneurosen. Berlin, 1898.

KUTTNER. dott. A.—Die syphilitischen Granulome (Syphilome) der Nase. Berlin 1898.

BLISS dott. A. AMES — Certain conditions of the Tonsils which limit the usefulness of the tonsillotome. Chicago, 1898.

A. GOUGUENHEIM e J. DUTERTRE — La dipthérie en 1897 au pavillon Davaine. Bacilles courts et bacilles longs. Paris, 1898.

MELZI dott. U. — Sull'influenza degli esercizi acustici metodici, sul senso dell'udito nel sordomutismo e nella sordità acquisita, secondo il metodo del prof. Urbantschitsch. Milano, 1897.

MAYER dott. E. — The Asch Operation for deviations of the cartilaginous Nasal Septum, with a Report of two hundred operations. New-York, 1898.

La redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

PARTE ORIGINALE

Stenosi laringea fulminea con minaccia d'imminente soffocazione
da edema angioneurotico, scongiurata rapidamente mercè l'intubazione

pel Dott. Antonio Damieno (*Napoli*)

Non sarà privo d'interesse riferire brevemente un caso classico di *edema angioneurotico,* importante sotto un doppio aspetto: 1.° *rarità della forma morbosa*, giacchè, se la memoria non m'inganna, non ve ne sarebbe altra simile descritta ancora in Italia; 2.° *necessità di un intervento attivo ed immediato*, per evitare una dolorosa catastrofe, ogni qual volta l'edema colpisca il laringe. Ecco, in breve, come sono andate le cose.

Eugenio Giorgi, *sostituto Procuratore Generale del Re in Napoli,* uomo sulla sessantina e di validissima costituzione, con figli viventi e sani, nulla offre d'interessante, nell'anamnesi remota e prossima, per quanto possa riguardare sifilide, alcoolismo od altro. Ha goduto sempre ottima salute e, per ragioni del suo ufficio, si è esposto spesso, sudato, all'ambiente, senza riportarne il benchè minimo dolor di testa.

La storia dell'uragano morboso che, per poco, non spense un uomo così robusto e nel fiore delle forze e dell'ingegno, può, telegraficamente, riassumersi come segue.

Nelle ore pomeridiane del dì dopo Pasqua di quest'anno, il nostro presidente fa una gita, con due suoi figli, verso il Capo di Posilipo, allo scopo di rinfrancarsi la mente nell'ambiente puro di quelle aure balsamiche. Mentre si parla del cielo azzurro e del mare incantato, gli si fa notare, verso la radice del naso, un *gonfiore*, che si attribuisce alla pressione del cappello. Naturalmente non vi si pensa più che tanto, ma cammin facendo il *gonfiore* si propaga verso le palpebre, per cui, destando un certo pensiero, appena giunto in casa, viene subito chiamato l'egregio Dottor Orsi, che fa le sue prescrizioni e rassicura per modo l'infermo che questi può pranzare di buon

animo e passare allegramente la serata. È bene dire fin da ora che il *gonfiore* era equabile, pallido, in una parola un edema, come nell'anasarca e con assenza completa di febbre.

Nella nottata, nessuna novità colpisce l'ammalato, salvo un pò d'insonnia e d'agitazione; all'indomani, però, il *gonfiore* si trova esteso alle guance ed alle labbra, che sono così tumefatte, da rovesciarsi in fuori; di più l'infermo avverte una certa difficoltà nell'ingoiare. Chiamato, così, novellamente, e di buon ora, il dottore curante, questi trova il morbo ancora più progredito e, questa volta, nell'interno della bocca ove si osserva rossore della mucosa faringea, specialmente delle arcate palatine e dell'ugola, con tumefazione delle parti, notandosi, in qnalche punto, la trasparenza vitrea dell'infiltrazione edematosa. Mentre tutto questo si svolge nella gola, il *gonfiore* alla radice del naso ed alle palpebre è scomparso quasi del tutto. Intanto si è così impressionati della forma minacciosamente progressiva, che il dottore curante, pel primo, cerca di sentire il parere di uno specialista. Dopo circa un'ora e mezzo mi reco dall'infermo, munito di tutto l'occorrente per tracheotomia ed intubazione, giacchè, lo confesso, il racconto breve, ma efficace di tutto quello che era avvenuto, mi aveva così colpito, da lasciarmi pensieroso e con un vago presentimento di qualche cosa di sinistro. Difatti al mio arrivo trovo le cose ancora più avvanzate; la parte anteriore del collo tutta gonfia, edematosa, l'ugola, molto più grande di un uovo di piccione, adagiata sulla base della lingua e quasi chiudente l'istmo; e come se tutto questo non bastasse, l'infermo era in preda ad un'afonia così marcata, da essere costretto a servirsi della scrittura per esprimere i proprii pensieri.

Breve! Il dott. Orsi fa rapidissimamente la sua relazione ed io ho appena tempo di esprimere il mio parere per ammettere la diagnosi di *edema angioneurotico*, che il povero ammalato comincia ad avere delle smanie indicibili. Allora, con un bistori, cerco di incidere una bolla edematosa al lato sinistro dell'ugola, grande quanto una ciliegia, e comincio a fare delle scarificazioni sull'ugola nella possibilità di avere un pò di spazio per un esame laringoscopico; ma immediatamente sono costretto a soprassedere, perchè l'infermo accenna a mancanza d'aria ed, afferrando convulsivamente un lapis, scrive la terribile parola: *soffoco.* Quello che succede in quel momento è più facile ad immaginare che descrivere!.. La scena è delle più strazianti; il povero presidente, con un climax terrificante, è già diventato ortopnoico, con volto enormemente tumido, oc-

chi sporgenti, cianosi spaventevole. Si è allora che mentre prego gli astanti, atterriti e disperati temendo imminente la catastrofe, di portarmi l'infermo vicino al balcone, con uno sforzo disperato, divaricando le mascelle spasmodicamente contratte, sulla guida del mio indice sinistro introduco un tubo per adulti che penetrando, fortunatamente, a primo colpo, permette subito l'entrata di una certa quantità di aria la quale scongiura, il pericolo dell'imminente soffocazione. Degno di nota questo: quando introduco il dito per uncinare l'epiglottide, ho la sensazione come se l'infossassi in un gomitolo di lombrici, ciò che conferma l'enorme tumefazione edematosa dell'epiglottide e dei ligamenti ari-epiglottici: ad ogni modo questo può tenere luogo dell' esame laringoscopico che, come si e detto, riusciva addirittura impossibile pel momento tragicamente psicologico in cui si era, e per la condizione speciale delle parti (ugola e pilastri straordinariamente tumefatti). Intanto, dopo pochi istanti dall'introduzione del tubo, comincia in gola un forte gorgoglìo per una così abbondante secrezione liquida, che son costretto a ritirare il tubo ed introdurne subito un altro più grande per rendere sempre più facile l' espettorazione. Ridotto così il volume anormale della parte, dopo una diecina di minuti, con un forte colpo di tosse, l'infermo caccia via spontaneamente il tubo. Ma ne preparo, tosto un altro anche più grande, pronto sempre ad introdurlo; questa volta però non trovo la necessità di reintubare, giacchè l'eliminazione liquida si compie spontaneamente e bene, la cianosi è del tutto scomparsa, il turgore del volto assai diminuito, mentre l' infermo fa comprendere, e poi dice che si sente molto meglio.

Da questo momento il furore della tempesta decresce sempre; l'ammalato già parla in modo da farsi bene comprendere, il respiro diviene regolare e, dopo poco, in perfetta calma si rimette a letto, egli contentissimo di aver felicemente superato quella crisi così spaventevole, noi soddisfatti di vederlo rivivere con non altra noia che quella di aver tenuto per una quindicina di minuti il tubo d'O' Dwyer in laringe. Gradatamente la fase regressiva si accentua in tutto il resto dell'affezione, per modo che verso sera tutto ritorna al normale, senza altro incidente di sorta, anzi dopo, diversi giorni, rivedendo l'illustre infermo, io stento molto a riconoscerlo, tanto la sua fisonomia è diversa da quella d'allora, nulla più esistendo che potesse, anche lontanamente, ricordare quel terribile quarto d'ora di ansie e di pericoli!

Ecco la storia minuta, completa e fedele di una forma mor-

bosa così strana, che non può essere altro se non un caso tipico di *edema angioneurotico* di cui, salvo la descrizione fatta da P. Strübing alla Sezione Rino-laringologica di Berlino nel 1886, nessun' altra esiste non solo, come ho detto, nella letteratura italiana, ma anche in quella straniera. Unicamente il prof. Massei ha potuto riscontrare, anni sono, i sintomi spiccati e certi di un *edema angioneurotico*, a giudicare dal racconto fattogli dal marito di una Signora; che era anche medico, giacchè il prelodato prof. Massei, non potette subito accorrere presso il letto dell'ammalata ed all' indomani, quando visitò la paziente, tutto era finito, non rimanendo altro che un pò di tumidezza con pallore della superficie esterna dell' aritenoide sinistra.

Ed ora poche considerazioni sull'argomento. Prima di tutto credo cosa abbastanza inutile voler molto insistere in questo caso su di una diagnosi differenziale. La forma morbosa narrata è tanto caratteristica, così classicamente speciale, che la sua semplice descrizione fa escludere, di primo acchito, tutte le origini comuni dell'edema, per non rendere possibile che solamente quella determinata da influenza nervosa.

Infatti, la mancanza assoluta della febbre e di qualsiasi processo della laringe o parti adiacenti, il nessun dolore e, più di tutto, il rapidissimo decorso del morbo, che in 2-3 ore descrive tutta la sua parabola ascendente e discendente, devono *bongré, malgré,* fare escludere così l'idea di un edema infettivo, come quello da causa flogistica, discrasica o meccanica, rifuggiandoci unicamente in un disturbo vasomotorio, donde il nome dato da Strübing di *edema angioneurotico*. Nè, poi, ci può sembrare tanto strana una simile ipotesi, quando si consideri che il tono vasale, sotto l'imperio di gangli locali e di quello centrale, sito nel midollo allungato, può, per cause morbose diverse, crescere o diminuire, dando fenomeni svariatissimi, fra cui un'abnorme permeabilità delle pareti vasali ed un edema sproporzionato e rapido, che avverrebbe o per una paralisi dei nervi *vaso-costrittori* o, più verosimilmente, per uno spasmo dei *vaso-dilatatori*, concetto che noi possiamo benissimo accettare dopo gli esperimenti di Ostroumoff, il quale stimolando alcuni nervi vasali, ha provocato prima dilatazione dei vasi e poi trasudamento. Però, se l'azione patogenetica è in certo modo delucidata e comprensibile, debbo francamente confessare che la sua causa prima, la vera etiologia dell'affezione mi riesce molto oscura, per non dire strana addirittura, tanto più che non ho il coraggio di attribuire alcuna importanza alla semplice infreddatura, all' esporsi al vento a corpo estuante,

ovvero all'uso di alimenti troppo caldi o troppo freddi, come vorrebbe appunto lo Strübing, per la molto semplice ragione che questa forma morbosa sarebbe allora di gran lunga più frequente, mentre, come si è detto più innanzi, è di una rarità veramente eccezionale. Tutt'al più le cause annunziate dall'autore tedesco potrebbero avere una importanza tutta occasionale, sebbene, nel caso che mi riguarda, nessuna delle sopradette ragioni si potrebbe, anche lontanamente, invocare.

Visto e considerato tutto questo, sarà, forse, più giusto confessare la propria ignoranza, ritenendo che, per cause, le quali *finora* sfuggono all'indagine clinica e sperimentale, si alteri, in determinate regioni, il tono vasale in modo così profondo, da succedere una rapida essudazione sierosa, che, per quanto innocua, pel suo *significato patologico*, per tanto può diventare gravissima e fatale per la *sede* dove si sviluppa. Questo non può sembrare esagerato, quando si consideri che, nel caso da me osservato, un ritardo di soli 10 minuti avrebbe annientato una esistenza ed una intelligenza!

E così ci troviamo innanzi al problema curativo, che, se può essere assolutamente trascurato, attesa la brevità del suo decorso, quando l'edema si sviluppa sulla cute (volto, braccio ecc.) ovvero può richiedere delle semplici applicazioni di ghiaccio e qualche scarificazione se colpisce le mucose, quando, poi, s'indova nella laringe, per la tumefazione enorme dei ligamenti ari-epiglottici, della regione aritenoidea ed ipoglottica, reclama un subitaneo compenso operativo, se si vuole scongiurare una dolorosa tragedia.

Se Strübing confessa che talora dovette fare delle scarificazioni della mucosa e niente altro, prevede, però che si possano dare delle circostanze in cui si debba ricorrere addirittura alla tracheotomia. Però la *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, riportava la sua monografia *über angioneurotischer Larynxödem* nel 1886, quando, cioè, il compianto O' Dwyer, solo da poco, aveva annunziato al mondo scientifico il suo processo d'intubazione. Ecco perchè, in questi tempi, collo sviluppo che ha preso questo nuovo metodo operativo, non può cadere nessun dubbio sulla scelta da farsi tra intubazione e tracheotomia. Quì più che mai si vede la grande superiorità che può, e deve avere la prima sulla seconda, giacchè mentre il taglio della trachea, richiedendo maggior tempo e condizioni più o meno regolari della regione anteriore del collo, non è possibile o diventa almeno molto difficile in casi simili a quello da me visto, in cui la infiltrazione edematosa del collo era tanto spic-

cata da rassomigliare a quella forma terribile e fatale, che, nella scienza, va sotto il nome di *angina* di Ludwig, il processo di O' Dwyer con una manovra relativamente più facile e senza pericolo di complicanze pulmonali e generali, con un atto operativo preferito dalla famiglia e preferibile pel medico, raggiunge, in un attimo, lo scopo di scongiurare la imminente soffocazione, aprendo un libero varco all'aria. Difatti, se in questa circostanza io ho potuto avere la grande soddisfazione di salvare, da certa morte, una vita umana, senza ulteriori fastidii o conseguenze operatorie, lo devo unicamente al processo di quel *grande* che, con una tecnica addirittura geniale, ha potuto diventare l'autore di un metodo, che lo ha reso immortale nella storia della medicina.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. F. MASSEI

SARCOMA DELLA TONSILLA LINGUALE

STUDIO CLINICO ED ISTOLOGICO

(CON UNA TAVOLA)

per i Dottori
GIUSEPPE PROTA e GIULIO MARTUSCELLI
Assistenti

Il sarcoma della lingua è ritenuto, a ragione, assai raro; le relative osservazioni descritte sin' oggi superano di poco la diecina.

In alcuni trattati di chirurgia speciale non vi si accenna nemmanco (König); in altri (Albert, Diz. Eulenburg) si cita soltanto la rarità di questa sua localizzazione, e soltanto in pochi se ne può leggere una breve descrizione.

Il Broca, ad es., nel 5.° vol., p. 1. del *trattato di Chirurgia* di Duplay e Reclus, dice testualmente:

" *Parlammo, finora, dei neoplasmi connettivi benigni; ma alla lingua si osservano anche sarcomi, neoplasmi ad evoluzione maligna; i quali del resto sono* **molto rari**, *ed ancora incompletamente studiati. Quanto ad anatomia e clinica*, **sembra** *non differiscano molto da quelli delle amigdale; cosa logica, poichè sembra che nascano a spesa dei follicoli della base della lingua, ciò che si chiama appunto l'amigdala linguale*,,. Ed il Butlin nel 1885, disse nel suo *Trattato delle malattie della lingua* " Il sarcoma primitivo della lingua, dev' essere considerato come una forma *eccessivamente rara*: io non ho potuto riunirne che pochi casi, tanto da sembrarmi inutile tentare una descrizione di questa affezione ,,.

Per tale ragione, e per la importanza della presente osservazione (v'è pure sarcoma della tonsilla palatina di destra) crediamo opportuno pubblicare il risultato del nostro esame, che ci permetterà di affermare quanto fu esposto come semplice dubbio dai precedenti autori.

Ecco, brevemente, la storia dell'infermo come si rileva dal registro dell'Ambulatorio ed il relativo reperto macroscopico.



Giuseppe G„ di anni 38, da Pratola (Avellino), si presentò al dispensario il 22 gennaio u. s, accusando disfagia e notevole disfonia.

Ha moglie e tre figli viventi e sani, mentre altri due gli morirono nella infanzia per malattie intercorrenti. I suoi genitori morirono in tarda età di malattie comuni; ha fratelli e sorelle in buona salute.

Egli, da bambino, soffrì il morbillo e, se si eccettua qualche lieve affezione contratta nella adolescenza, è stato poi sempre bene.

Nel 1895 emigrò in America in cerca di lavoro; ma dopo due anni cominciò ad avvertire molestie alla gola da lui attribuite alle tonsille ipertrofiche. Però, continuando tali fatti ed essendo sopraggiunto un certo impedimento alla deglutizione, ritornò in patria ove venne operato di tonsillotomia al lato destro.

Dopo qualche mese le molestie aumentarono al punto, da rendergli penosa la deglutizione e da procurargli la sensazione come di un corpo estraneo in gola.

Contemporaneamente si mutò il timbro della voce divenendo perfettamente gutturale.

In seguito a tali fatti ha chiesto il nostro intervento.

Individuo di mediocre costituzione fisica, con scheletro ben conformato, scarso pannicolo adiposo, cute di colore leggermente terreo, mucosa labiale e congiuntive anemiche, aspetto sofferente, nutrizione scaduta.

Non ha avuto malattie veneree o sifilitiche. La regione sottomascellare è aumentata di volume e si toccano varii piccoli gangli: così pure è più accentuata la prominenza della cartilagine tiroide, ma non si palpa alcun nodulo, nè si riscontra parziale aumento delle sue parti.

Nulla sulla nuca ed alle regioni latero-cervicali; mancano quivi le adenopatie; dicasi lo stesso per le regioni retro-epitrocleari. L'esame degli organi del petto è negativo.

All'esame faringo-orale si nota la tonsilla palatina destra grossa, quasi come una noce, che scende molto in basso; e in alto è tagliata a sbieco per la tonsillotomia già precedentemente praticata. La tonsilla palatina di sinistra non sporge dai pilastri.

Sulla lingua, in direzione dell'ultima papilla circonvallata ed alquanto indietro a questa, si rilevano alcuni noduli della gran-

dezza varia da una nocciuola ad un pisello, i quali, appena aperta la bocca ed applicata la spatula linguale, fanno notevole prominenza ed assieme alla tonsilla palatina di destra concorrono a restringere l'istmo delle fauci. (1)

Con lo specchio laringeo si vede che la base della lingua è tutta invasa da un tessuto neoformato, costituito da diversi noduli, più o meno grossi e sporgenti, che insieme, a forma di mezzaluna ed a concavità verso destra, scendono lungo il solco faringo-joideo di sinistra sulla epiglottide, la quale viene ad essere, così, abbassata e colpita dalla neoformazione.

Altri noduli si scorgono dal lato destro, che avvicinandosi a quelli di sinistra formano una gronda ove si depositano i residui alimentari.

Tutto il tumore misura 4-5 centimetri di estensione ed è di consistenza duro-elastica, di colorito rosso-pallido.

La laringe non si riesce a vederla a causa della immobilità e del completo abbassamento della epiglottide; solo in momenti favorevoli si scorge il margine libero di quest'ultima e le due aritenoidi, che sembrano normali, sia nel volume, come nei loro movimenti.

Queste condizioni sono causa di disfagia meccanica ed i residui alimentari che si fermano nelle anfrattuosità del tumore, decomponendosi, rendono l'alito abbastanza fetido.

La voce ha il timbro gutturale ed una risonanza cavernosa; vi è anartria, a causa della poca mobilità della lingua, occupata, in tutta la base, dal tumore.

Vi sono, inoltre, note di una comune faringite cronica.

Seduta stante il prof. Massei asporta alcuni pezzetti del tumore linguale ed una porzione della tonsilla di destra per procedere all'esame istologico.

Con piccole particelle della tonsilla linguale si fanno inoculazioni in una cavia (per saccoccia inguinale) (2), e preparati batteriologici per la ricerca dei bacilli di Koch.

Il rimanente del tessuto asportato è serbato per le ricerche microscopiche.

Si raccoglie l'espettorato e si sottopone alla colorazione di Gabett ed a quella di Koch, ma non vi si riscontrano i bacilli della tubercolosi.

Si inizia una cura antisifilitica, sebbene l'infermo, al princi-

(1) Questa porzione del tumore linguale fu asportata a scopo diagnostico e perciò non appare nel disegno annesso alla tavola.

(2) La inoculazione non diede alcun risultamento positivo.

pio della malattia, avesse fatte delle iniezioni ipodermiche di sublimato senza ricavarne alcun beneficio.

Dopo la parziale asportazione ora cennata, egli nota, per alcuni giorni, un certo miglioramento, nel senso che può meglio deglutire, e nel generale veramente si riscontra un pò migliorata la nutrizione, come pure, per le praticate polverizzazioni antisettiche, scompare l'alito fetido.

***

Tale miglioramento fu di breve durata, e aumentando celeremente la difficoltà alla respirazione, fu consigliata all'ammalato la tracheotomia. Cercato ricovero in un ospedale, fu operato; ma in capo a pochi giorni morì (30 marzo u. s.).

Non fu potuta eseguire l'autopsia, e solamente ci fu possibile asportare la laringe con la lingua ed i ganglii sotto-mascellari. L'esofago venne aperto, e venne tagliato in due metà il velo del palato; tutto il pezzo necroscopico fu posto su di un cartone, stirando lateralmente i due capi del velo, e fissandoli con spilli. Ciò si fece per ritrarne la fotografia. Per ottenere, poi, che tutte le parti del tumore venissero chiaramente rilevate, fu mestieri tirare in fuori ed in basso i pilastri con le tonsille ed è perciò che queste nella figura (v. fig. 1.ª) si veggono quasi soprastanti alla epiglottide.

Dei pezzetti asportati precedentemente non teniamo conto nel disegno, a fine di rendere agevole il seguire la descrizione macroscopica, confrontando la fig. 1. della tavola annessa.

La ferita tracheale mostrava i margini completamente necrosati e di colore ardesiaco. La distruzione dei tessuti, in prossimità della stessa, si estendeva dalla pelle alla mucosa tracheale. Oltre ad aprire l'esofago, praticammo l'apertura della trachea dal lato anteriore, in modo da farla corrispondere con la lesione chirurgica, ed arrestandoci in prossimità della faccia inferiore delle corde vocali, onde non ledere il tumore.

La mucosa della trachea era pure essa del colore grigio-lavagna per tutta la sua estensione; però non presentava ulcerazioni o soluzioni di continuo, se si eccettui in vicinanza della ferita praticata per la introduzione della cannula.

Oltrepassato appena il margine inferiore delle corde vocali, cessava istantaneamente questo colorito e si scorgeva la superficie libera e quella superiore delle corde vocali, come la faccia inferiore della epiglottide e le aritenoidi, di colorito normale.

Una tanto evidente differenza, sia nella conservazione anato-

mica dei tessuti, come nel colorito delle parti ora menzionate, mostrava chiaro come la morte non fosse da addebitarsi alla diffusione del tumore.

Pure non avendo potuto far tesoro di una necroscopia completa, è possibile ricercare con sufficiente fondamento la causa dell'esito così rapidamente letale, ammettendo che sia insorta una pulmonite *ab ingestis*, affezione cui bisogna dare la preferenza della ipotesi in simil caso, sia pel breve tempo trascorso dalla operazione al decesso (2-3 giorni), sia per le condizioni locali dell'organo in esame. È da supporre che piccoli brandelli di tessuto neoplastico ulcerato o frammenti di sostanze alimentari, che sempre soggiornavano nelle anfrattuosità del tumore, siano caduti nel tubo tracheale, inspirati, precedentemente alla operazione e che, per la loro piccolezza non abbiano accentuato i disturbi della respirazione e siano scesi giù, a primo tempo, inoffensivi. Ed è da supporre che sia stato così, poichè non è possibile fare il menomo addebito a chi operava.

Ecco ora la descrizione macroscopica delle varie parti del tumore.

A circa due centimetri indietro del *foramen caecum*, la base della lingua si ingrossa ed acquista una forma bernoccoluta, mentre il suo colorito rimane roseo. Due grossi noduli formano in sopra il tumore linguale (fig. 1.); essi sono, a loro volta, distinti in nodi più piccoli, a superficie ora liscia, ora frangiata, e si continuano per mezzo di propagini, che emettono a destra ed a sinistra, con altri noduli esistenti sulla epiglottide.

Tra i primi e questi ultimi, non v'è continuità nel mezzo; quivi esiste una cavità o saccoccia nella quale penetra facilmente il dito, che arriva così, a toccare la faccia posteriore dell'osso ioide. In corrispondenza di questa saccoccia, le pareti si assottigliano di molto; così, mentre lo spessore del tumore è, sopra, di circa 2 $^1/_2$ centimetri, quivi misura appena 5—10 mm. Il colorito quasi dovunque roseo, diventa rosso fosco sulla epiglottide e su buona parte del tumore di destra. Piccoli noduletti sorgono su tutto il neoplasma e così concorrono a formare tutte quelle insenature già osservate col laringoscopio. La tonsilla di destra (v. fig. 1.ª, a) è in comunicazione col tumore del lato omonimo e con quello della epiglottide per mezzo di propagini che vanno a congiungersi a queste due parti.

Limitato così alla base della lingua, alla tonsilla di destra, alle pliche glosso-epiglottiche ed alla epiglottide, il tumore si isola completamente dalle parti circostanti, le quali nella figura si mostrano corrugate e ciò è l'effetto della fissazione.

La superficie della neoplasia è quasi completamente priva di epitelio di rivestimento; vi fa eccezione quella parte corrispondente alla base della lingua. Si notano scarsi depositi di sostanze alimentari e detriti del tessuto nelle varie cripte e sulla superficie libera del tumore.

Esso, al taglio, offre una certa resistenza ed un colorito roseo sbiadito. L'epiglottide è spessa, alla sezione circa 1 centimetro, ed il tumore, macroscopicamente sempre, si arresta alla cartilagine.

La tonsilla di sinistra non presenta particolari degni di nota. Se poi si considera la nessuna parte che prendono i gangli peri-tracheali e sotto-linguali alla lesione, bisogna ritenere che la tumefazione notata alla ispezione era devoluta al solo aumento della base della lingua, in causa del quale i tessuti e gli organi limitrofi erano spostati allo infuori.

***

Ora, delle osservazioni di sarcoma descritte nella letteratura da noi inserita in fine di questo lavoro, solo quelle del Butlin (1887), dell'Albert, del Max Scheier e del Lennox-Browne si riferiscono a tumori della tonsilla linguale, nelle altre poche, o non è detto il punto di impianto della neoplasia, o è stabilito al 3.° medio della lingua (Littlewood) ovvero alla punta (Godlee, Lichtwitz).

E siccome abbiamo notata una rassomiglianza in vari particolari tra alcuni di questi casi ed il nostro (accenniamo solo come il tumore osservato dall'Albert avesse il volume di un uovo di oca, e riportiamo di altri due sol quel che fa al proposito), così, dopo di queste due brevi storie passeremo all'esame istologico dei nostri preparati.

1. (Max Scheier).

Ammalato di 28 anni, affetto da due anni da un tumore che occupa tutta la base della lingua, ha una superficie ineguale, colorito bruno sporco, e si avvicina talmente alla parete posteriore della faringe, che l'epiglottide e la laringe sono invisibili e non si distingue l'estremo inferiore del tumore.

In avanti di esso, immediatamente dietro le papille caliciformi, si vede una prominenza in forma di cresta.

Il tumore è di una consistenza molle; al disotto dell'angolo mascellare sinistro vi è un ganglio mobile, indolente, grosso come un uovo di piccione.

Niente febbre.

L'esame microscopico di più frammenti escissi non permette che la diagnosi vaga di granuloma.

Insuccesso del joduro di potassio ad alte dosi. L'esame di nuovi frammenti, presi questa volta più profondamente, autorizza alla diagnosi di sarcoma a piccole cellule. Operazione. Dopo 5 settimane recidiva; 2ª operazione e 2° esame istologico che rivela un tumore di natura identico al primo, ma con maggior numero di fibre connettivali.

Aumentando il tumore, l'ammalato muore dopo 12 mesi dalla prima operazione.

L'autopsia fece notare a sinistra del collo un tumore grosso quanto una testa di bambino, che si estendeva sino alla clavicola, sorpassando la linea mediana.

2. (Lennox-Browne).

Ammalato entrato in ospedale nel febbraio 1887, lamentandosi di dolori e di un disturbo nella gola, il cui inizio risaliva al mese di aprile del l'anno precedente, e che aumentava lentamente.

Egli attribuiva l'irritazione alla introduzione di chicchi di grano nella gola, avvenuta un giorno, all'epoca della raccolta, cosa che ha avvertito sopratutto nel ritirarsi.

Il tumore era limitato al tessuto dell'amigdala e, pare, all'epiglottide. Nessun' altra porzione, sia della faringe che della laringe, era affetta. L'esame microscopico ne rivelò la natura linfosarcomatosa.

Per ritornare ora al caso nostro, diremo che, sia perchè l'asportazione della neoplasia venne praticata 15 ore e più dopo la morte (e quindi risultavano inutili le fissazioni al sublimato, al Flemming ecc.), sia perchè avevamo stabilito di ritrarre la fotografia, fu prescelto da noi come liquido di indurimento la formalina al 2 %, poichè ha la prerogativa, pel nostro scopo importantissima, di conservare assai bene il colorito delle parti anatomiche asportate.

Dopo varii giorni tagliammo dei pezzetti da punti diversi e praticammo una sezione più grande dei noduli della lingua in modo da interessare questi e la muscolatura dell'organo.

Tutti questi pezzetti, assieme ad alcuni ganglii ed a parti delle ghiandole sotto linguale e tiroide, furono passati per la serie degli alcool e colorati in massa al carminio borace; quelli precedentemente asportati a scopo diagnostico erano stati fissati direttamente in alcool assoluto e su di essi praticammo tutte le necessarie e principali colorazioni.

Ci servimmo della inclusione in paraffina, tanto per i pezzi colorati in massa, quanto per questi ultimi.

Seguiremo nella descrizione istologica l'ordine seguente:
a) tonsilla linguale.
b) tonsilla palatina.
c) epiglottide.
d) gangli, ghiandola sotto-linguale e tiroide.

Reperto Microscopico

Tonsilla linguale

1) Noduli asportati la prima volta, a scopo diagnostico.

Il rivestimento epiteliale di questi noduli è conservato solo in qualche punto, ove presenta i caratteri dell'epitelio pavimentoso stratificato. Lateralmente a questi residui epiteliali, gli elementi del tumore arrivano sino alla superficie, senza presentare un limite netto. Dalla periferia del nodulo verso il centro parte un fine reticolo formato da fibrille sottilissime, le quali si incrociano variamente e formano maglie piuttosto larghe.

Nei punti ove queste si incontrano, si notano pure, quà e là, cellule ramificate che si anastomizzano fra di loro. Riempiono le maglie formate da queste fibrille numerosi elementi cellulari rotondi, piccoli, con nucleo vescicolare. Tali cellule sono molto più numerose e stivate fra loro verso la periferia del nodulo, ove in qualche punto nascondono addirittura lo stroma sottostante; al centro, invece, divengono più rade, e le maglie connettivali si allargano in grosse lacune, alcune delle quali sono ripiene di una sostanza amorfa in cui sono contenuti varii leucociti.

Gli elementi cellulari conservano una disposizione a follicoli, più o meno distinti nei varii preparati; gli spazii che intercedono fra essi sono ripieni di piccole cellule rotonde, con la differenza che queste sono un pò più piccole e meno addensate che i primi.

Corrispondentemente al centro di alcune sezioni, si osservano parecchi aggruppamenti nucleari, circondati e contenuti in un tessuto amorfo compatto, che si continua, mediante sottili prolungamenti, con le fibre di stroma.

Essi hanno l'apparenza di cellule giganti. Una più attenta osservazione, però, toglie facilmente il dubbio di una tale possibilità, poichè percorrendo il preparato per quel poco spazio che ne è ricco, si possono perfettamente seguire le diverse fasi di queste formazioni.

Ed in vero, mentre che in alcune di esse i nuclei, più o meno

rotondi, sono irregolarmente disposti o giacciono verso un lato soltanto, in altri questi nuclei prima di tutto presentano una forma più allungata, e si dispongono, poi, sui due lati, limitando così un canale non ancora pervio.

Altrove si dispongono in senso concentrico, e tra essi ve n'ha di quelli che nel mezzo lasciano un piccolo spazio circolare, riempito solo dalla sostanza amorfa, la quale si va diradando poco alla volta, sino a scomparire affatto in alcuni.

Infine, nella maggior parte di queste formazioni partono dalla periferia prolungamenti in cui sono disposti alcuni nuclei simili perfettamente a quelli contenuti nella sostanza amorfa.

Nel connettivo circostante decorrono numerosi capillari assai giovani, tagliati nel senso longitudinale nei quali si possono rintracciare delle gemmazioni.

Evidentemente, adunque, le forme ora descritte rappresentano noduli vaso-formativi sorpresi in diverse fasi.

Ma se, astraendo da siffatta particolarità istologica di nessun rilievo per la diagnosi di natura del tumore, avessimo voluto emettere un giudizio basandoci solo sul reperto microscopico, la diagnosi di sarcoma, da questo primo esame, non la avremmo potuto con sicurezza detrarre; tanto più che (per meglio rilevarne le possibili differenze), avendo paragonati questi preparati con altri che avevamo ottenuti da una tonsilla ipertrofica, parevano differenti sezioni di un medesimo tessuto.

Ciò non pertanto, quella ricchezza di elementi cellulari nelle parti periferiche del nodulo lasciava dubitare assai della possibilità di una semplice ipertrofia, dubbio molto più avvalorato dai dati clinici, e noi, tenuto pure presente lo stato dello infermo, facemmo diagnosi di *probabile* linfosarcoma.

2) Noduli asportati alla necroscopia.

Per poter riconoscere il punto di origine e la estensione del tumore nella lingua, abbiamo praticato delle sezioni longitudinali che interessano, sia il tumore per tutta la sua spessezza, sia la intera muscolatura dell'organo.

Osservando a piccolo ingrandimento queste sezioni, si notano al disotto di un rivestimento epiteliale pavimentoso, quasi completo, numerosi follicoli costituiti da elementi rotondi; follicoli che sono circondati da una infiltrazione parvicellulare fitta, quasi uniforme. Una tale struttura si continua sino allo strato muscolare.

In mezzo a questa infiltrazione di linfociti, decorrono tubi

collettori di varie glandule mucose, alcuni dei quali si aprono alla superficie: si notano inoltre sezioni di nervi e di vasi.

Arrivata la neoplasia allo strato muscolare, si arresta per massima parte a questa barriera; ma poi si può notare come i primi fascetti muscolari già cedono alla invasione delle cellule rotonde, che, slargando le une dall'altre le diverse fibre, si intromettono nel loro mezzo, approfondendosi verso i fasci sottoposti.

Una tale invasione è però ancora assai iniziale e, facendo scorrere di poco il preparato, si osserva di leggieri come siano conservati nel loro integro stato i fasci muscolari sottostanti. Fra gli stessi ed il tumore, si notano parecchi acini glandolari che, compressi fra questo ed il muscolo, si dispongono l'un dopo l'altro in cordoni. Altre sezioni di acini glandolari stanno disseminate quà e là — isolatamente — nel mezzo del tumore, dando però a vedere come appartenevano ad un solo gruppo e che dalla invadente neoplasia sono stati separati.

Abbiamo ritratto a più forte ingrandimento $\left(\text{Zeiss } \frac{3}{\text{DD}}\right)$ due punti della neoplasia linguale: nella fig. 3. la parte superficiale, ove esiste il rivestimento epiteliale, e nella fig. 2. il limite inferiore della stessa, ove si nota la invasione delle cellule neoplastiche attraverso i fasci muscolari.

Con questo istesso ingrandimento si rilevano meglio i caratteri del nodulo esaminato e cioè che:

1.) Le cellule che costituiscono il tumore sono perfettamente simili a quelle dei noduli precedentemente descritti; presentano, cioè, un nucleo grosso, vescicolare, circondato da poco protoplasma.

2.) Non si rinvengono noduli vaso-formativi.

3.) L'epitelio di rivestimento dei tubi e degli acini delle glandole mucose è perfettamente normale ed il loro lume quasi sempre pervio; una leggera infiltrazione leucocitaria riunisce i varii acini fra loro.

Le sezioni eseguite in corrispondenza della porzione più sottile del tumore linguale, presentano la sola differenza che gli elementi neoplastici formano uno strato sottile, alla superficie, e sotto ad esso si nota un connettivo a fibre grosse e molto lunghe, sinuose, il quale costituisce tutto il resto del preparato. Nel mezzo di queste fibre decorrono parecchi vasi, tagliati in tutte le direzioni, aventi tuniche assai sviluppate.

Tonsilla palatina di destra

Le sezioni di questa glandola sono state eseguite nel senso longitudinale.

L'epitelio di rivestimento è per buona parte conservato e si notano, sulla superficie di sezione, varii infossamenti che corrispondono alle cripte tonsillari.

Al di sotto dell'epitelio, si veggono alcuni follicoli di struttura normale, circondati da una infiltrazione leucocitaria equabile. I follicoli distano parecchio fra di loro e lo spazio libero che ne risulta è occupato da un connettivo fibroso nel cui mezzo si osservano numerose sezioni di capillari ed alcuni spazii linfatici.

Per un'altra porzione — corrispondente agli strati più profondi — la glandola presenta la stessa struttura neoplastica precedentemente descritta, con la differenza che quì gli elementi del tumore sono disposti molto più diffusamente e non si arrestano con limiti netti. Ove manca lo strato epiteliale, il limite esterno è formato da una superficie ulcerata.

Tonsilla palatina di sinistra

Dai preparati eseguiti si rileva un leggero grado di atrofia di quest'altra glandola.

Epiglottide

Nulla di differente quanto a struttura del neoplasma, che si sofferma alla cartilagine. Manca un rivestimento mucoso, la superficie libera essendo quasi completamente ulcerata.

La faccia inferiore della epiglottide è perfettamente normale.

Gangli

In questi si veggono i follicoli nella loro giusta disposizione; ma (a causa dell'avvanzata decomposizione cadaverica degli stessi, resa evidente sia dalla necrosi di varii elementi, come dalla difficile colorazione) parecchi sono disfatti. Attorno a tutti v'è una infiltrazione leucocitaria, che in certi punti raggiunge un massimo addensamento.

Qualche vasellino ed alcuni spazii lacunari ripieni di linfa completano la struttura dei varii ganglii asportati.

Ghiandole sotto-linguale e tiroide

Normale la struttura della glandola sotto linguale; leggera degenerazione colloidea della tiroide.

***

Come Max Scheier pure noi credemmo opportuno, nel dubbio tra una lesione terziaria della sifilide ed una neoplasia, tentare la cura specifica, e, non giovando questa, la ricerca istologica su alcuni pezzetti a tale scopo asportati.

Ma, quest'ultima non diede neppure argomento per affermare con sicurezza la esistenza del sarcoma, sebbene si fossero eseguiti vari preparati e da diversi punti, e li avessimo paragonati con altri di tonsilla asportata perchè ipertrofica.

Le note cliniche, però, s'imponevano ogni giorno di più e furono esse che confermarono la diagnosi da noi precedentemente avanzata — come un dubbio — di una neoplasia a carattere maligno, più che di una semplice ipertrofia della tonsilla linguale.

Fu soltanto alla sezione, e dopo avere eseguiti non pochi preparati delle varie parti del tumore, e circa due mesi dopo la prima osservazione, che la diagnosi istologica potette essere sicuramente affermata.

Ciò non recherà meraviglia, se si riflette quanto si rassomiglino fra loro, in date condizioni, sia all'esame microscopico, che per le note cliniche, la ipertrofia, il linfosarcoma e la gomma della lingua per non parlare di altre affezioni, come ad es. l'actinomicosi, ecc.), e che lo stesso Scheier riporta egualmente l'esame istologico, molte volte ripetuto sopra frammenti escissi, non risolvepunto le difficoltà, bensì soltanto il trattamento specifico.

Difatti: nella semplice ipertrofia, la glandola può aumentare fino a riempire la fossa glosso-epiglottica e l'esame con lo specchio ci fa rilevare la presenza di una massa bernoccoluta, sita di fronte alla epiglottide, ricoperta di muco e divisa talora da un solco mediano.

L'epiglottide appare congesta ed inclinata indietro (Bowen); d'altro canto il linfosarcoma può non ulcerarsi che in capo a lungo tempo, rimanere anni senza dar luogo ad aumento notevole di volume ed a metastasi. I gangli linfatici restano, il più delle volte, anche nel linfosarcoma, sani e la superficie del tumore, come nel nostro caso, si può presentare lobata.

Così la gomma della lingua, specialmente la profonda o muscolare, si presenta dapprima come un tumore duro, che solo in

seguito si rammollisce e s'apre allo esterno, lasciando l'ulcerazione o cavità che ha i caratteri classici delle ulcerazioni gommose.

Le gomme linguali sono abbastanza grandi, sì da raggiungere il volume di una mandorla od anche di una noce; esse si ulcerano molto raramente, non v'è quasi mai adenopatia concomitante. La gomma non ulcerata assomiglia a tutti i tumori profondi e ben circoscritti: fibromi, lipomi, cisti idatidee ecc. La loro molteplicità è un carattere differenziale, ma è meno comune di quanto si dice (Broca).

Istologicamente, poi, non sarà, in generale, minore la difficoltà qualora si consideri che la diagnosi microscopica dev'essere fatta, il più delle volte, su pezzetti che, lungi dallo avere una giusta grandezza, appena sono sufficienti per le ricerche necessarie.

Ed allora noi riscontreremo soltanto elementi linfoidi o pressochè simili, più o meno addensati fra loro e contenuti in un reticolo; avremo cioè l'apparente struttura di un frammento di glandola linfatica. D'altra parte è pure noto come questa infiltrazione possa essere, nei linfomi, tanto enorme, da non riuscire possibile una esatta distinzione tra essi ed il sarcoma parvicellulare (gliosarcoma di Billroth).

Tutto ciò si riferisce ad un periodo precoce: più tardi le apparenze della lesione, che abbiamo ad arte accentuate per la difficoltà che presentarono, erano tali da non ammettere dubbio e lasciar fare la diagnosi di primo acchito.

***

Riassumendo ora l'esame istologico del nostro caso risulta: che il tumore (tanto sulla lingua che sulla tonsilla palatina ed epiglottide) è formato da elementi rotondi poco più grossi di quelli di infiltrazione leucocitaria e contenuti in un reticolo, evidente nella maggior parte dei preparati, costituito da finissime fibrille nelle quali sono pure cellule ramificate che si anastomizzano fra di loro; che gli elementi neoplastici conservano tuttora la disposizione a follicoli e le cellule sarcomatose sono più abbondanti nella tonsilla linguale. La diagnosi istologica è dunque di linfosarcoma (sarcoma delle glandole linfatiche del Billroth).

Tenuto conto, poi, come la maggiore diffusione neoplastica noi la abbiamo notata nella tonsilla linguale e che la palatina presenta, per buona parte, la struttura normale, o, tutt'al più fibrosa, ne risulta che il tumore è partito dalla quarta tonsilla.

Come etiologia del sarcoma della tonsilla linguale non sapremmo escogitare altro che gli stimoli infiammatorii cronici dei gangli linfatici, quantunque vi sia la osservazione del Jacobi di un sarcoma congenito in un bambino di 3 mesi.

L'autopsia, non potuta fare, ci ha pure vietato di riconoscere se questo tumore avesse dato metastasi; questa è più frequente, nei sarcomi, della infezione dei ganglii linfatici; e noi abbiamo già notato di averli rinvenuti sani.

La sede, poi, indipendentemente dall'indole maligna del tumore, contribuiva a rendere più funeste le conseguenze, essendo la lingua quasi impossibilitata nei suoi movimenti, a causa della intima connessione che la quarta tonsilla ha con i muscoli linguali.

Per tale ragione, pure, la nutrizione non si compiva che assai male e l'infermo ne mostrava le prove, deperendo giornalmente.

Una operazione radicale, in questo caso, non era da consigliare.

In generale essa può essere fatta per la via naturale o aprendo una via artificiale. Con un tumore piccolo, ben circoscritto si preferirà la prima, adoperando la pinza a spezzettamento, l'ansa a freddo, le forbici, l'ansa galvanocaustica, il termocauterio; in caso di operazione più vasta o radicale, si potrà aggredire il tumore dalle vie naturali, previo allacciamento della inguale di ambedue i lati, ovvero per via artificiale seguendo (ela scelta sarà dettata dal caso in ispecie) uno dei varii metodi esistenti (Rizzoli, Maisonneuve, Roux, Langenbeck, Regnoli, Billroth, ecc.).

Scheier nel suo lavoro raccoglie e fa la statistica di 13 casi di sarcomi della lingua (*in genere*) operati. Si ebbero 5 recidive e 7 guarigioni: le osservazioni oscillano fra un periodo di uno a sei anni.

Confrontando le altrui osservazioni con la nostra, ne deduciamo che, tranne quella del Butlin del 1889 (in cui si trattava di un tumore della base della lingua e la cui struttura era eguale a quella della glandola tiroide), *le altre poche precedentemente citate* si riferiscono a sarcomi della tonsilla linguale.

I sarcomi della lingua possono partire pure dalle glandole, come lo prova la osservazione di Godlee, il quale avrebbe notato un sarcoma originatosi dalla glandola di Blandin o di Nuhn, ed è contrario al vero quello che asserisce Targett che cioè il linfosarcoma non si incontra mai nella lingua.

Il presente studio ci permette di trarre le seguenti conclusioni:

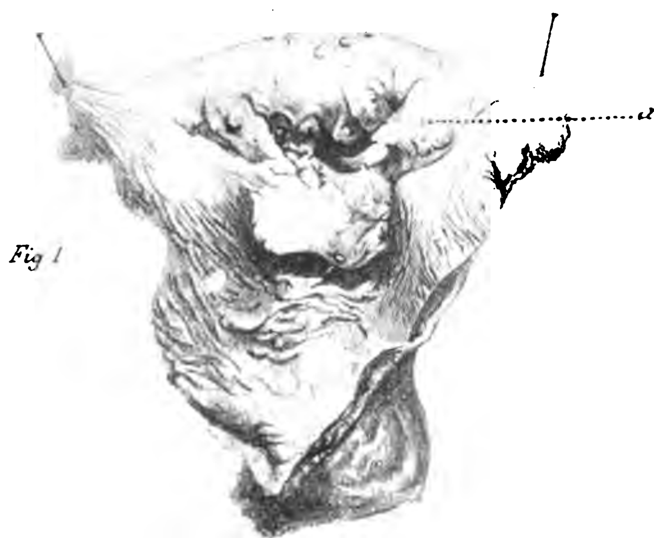


Fig. 1

Fig. 2

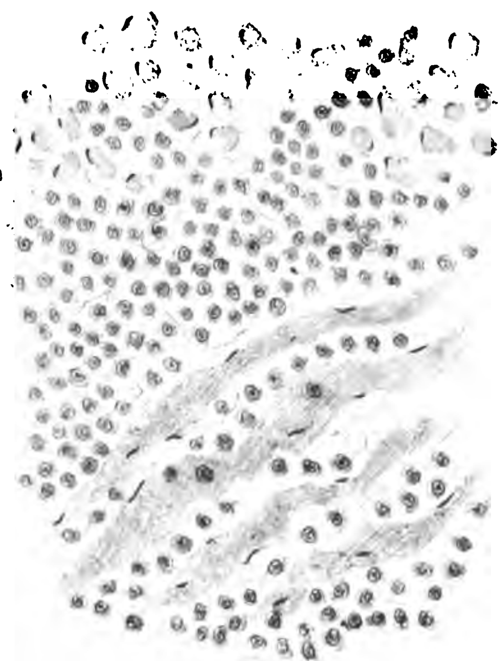


Fig. 3.



1) I sarcomi della lingua ripetono quasi sempre la origine dalla tonsilla linguale, 4ª tonsila (che fa parte dell' anello di Waldeyer).

2) Sono simili ai tumori delle glandole linfatiche, e cioè sono linfosarcomi (sarcomi delle glandole linfatiche del Billroth).

3) Raramente partono dalle glandole mucose, come lo prova la sola osservazione di Godlee.

4) Per la diagnosi, l' esame istologico è, nel maggior numero dei casi, insufficiente.

5°) Infine, a neoplasia avanzata è da bandire la idea di una operazione radicale, convenendo limitarsi a consigliare la tracheotomia, se i disturbi della respirazione si fanno imponenti, e la alimentazione artificiale, caso mai gli ammalati — per la immobilità della lingua — non possano prendere il cibo.

BIBLIOGRAFIA—1°) Hardie—Lancet, 1880, t. 1° p. 789.—2°) Albert — Wiener med. presse, 1885, p. 171 e Dizion. enc. Eulenburg. «Lingua». — 3°) Hutchinson — Med. chir. Transact., 1885, t. LXVIII, p. 313. — 4°) Butlin — Lancet, 1887, p. 423.—5°) Butlin—Clinical Transactions, 1889.—6°) Godlee — Trans. of the path. Soc. of. London, 1887, t. XXXVIII, pag. 346.—7°) Max Scheier — Berlin Klin. Woch. n. 24, p. 584, 13 giugno 1892.—8°) Onodi—Revue de laryng. ecc., 15 ott. 1893.——9°) Bowen — New York Medical Journal, 25 dic. 1897. Riass. nella Gazzetta Ospedali e Cliniche, n. 11, p. 118, 25 gen. 98. — 10°) Littlewood — British Med. Journ, 19 feb. 1898.— 11°) M. Targett — id. id.—12°) Lichtwitz — Archives internationales de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie, marzo-aprile 1898, t. XI, n. 2, pag. 134. —13°) M. E. Escat — La Presse Médicale, n. 38, 4 maggio 1898, p. 234 e seg. e Progrés Médical n. 19, 7 maggio 1898, p. 295.— 14°) Lennox Browne — Presse Médicale id. id. p. 237; Progrès Médical id. id., p. 296 e Revue hebdomadaire de Laryngologie, ecc., n. 23, 4 giugno 1898, p. 673 e seg.—15°) Broca — Nel trattato di Duplay e Reclus, vol. 5°, p. 1ª, pag. 309. — Oltre a varie patologie chirurgiche ed a trattati speciali.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Fig. 1ª) Disegno del tumore *in toto* (dalla fotografia).

» 2ª) Struttura dell' amigdala linguale nelle parti periferiche.

» 3ª) Struttura del medesimo nodulo esaminato nelle parti profonde: le fibre muscolari sono divaricate dagli elementi sarcomatosi.

Queste fig. 2ª e 3ª furono disegnate con microscopio Zeiss oc. 3 ob. DD.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

SPIESS dottor G. — *I raggi di* Roentgen *applicati alla Rino-chirurgia (Die Röntgenstrahlen in Dienste der Rhino-Chirurgie).*

Mercè i grandi progressi, che hanno tanto perfezionato gli apparecchi per raggi di Roentgen, è divenuto possibile projettare sulla placca fotografica immagini così evidenti e precise del capo, che l'A. credette potere operare sotto la guida di queste.

Si trattava di aprire il seno frontale per la via dal naso.

Com' è noto, Schaeffer nel 1890 descrisse un processo per trapanare il seno frontale per la via del naso: per dirla brevemente, egli, con una sonda solida, compresse fortemente la sezione posteriore del pavimento del seno frontale, e con essa si fece strada fra il cornetto medio ed il setto, in avanti ed un poco all' esterno. Con questo metodo potette ottenere la guarigione nella metà dei casi. — Inoltre, è stato anche proposto di praticare la trapanazione lateralmente al cornetto medio.

Winckler ha tentato di scalzare le obbiezioni sollevate contro questo metodo, e si può ritenere che la trapanazione con questo, è cosa attuabile. Però, tenuto conto dei casi in cui il metodo non è applicabile, come pure dei numerosi ed inopinabili accidenti che vi sono inerenti, non ha trovato punto una eco favorevole presso gli autori.

Ciò è tanto più a deplorare, in quanto che, come Winckler dice, una volta aperto il seno frontale, le condizioni per il trattamento endonasale si presentano, in generale, più favorevoli che non per la via dell' antro di Highmoro, perchè allora l' ostio e la contrapertura vengono a trovarsi nei punti più declivi, onde è reso molto agevole il deflusso. Però, i pericoli inerenti al metodo di Schaeffer sono rilevanti. Spingendo in alto lo stiletto, nella direzione mediana del cornetto medio, vi è il pericolo di perforare la lamina cribrosa, laddove spingendolo lateralmente al detto cornetto, si può correre il rischio di ledere la lamina papiracea. Inoltre, Winckler, Lichtwitz ed altri hanno constatato che soltanto in una piccola parte dei casi può essere attuato questo trattamento, e propriamente in quelli in cui la parte posteriore del pavimento del seno frontale è così sottile da essere facilmente compressibile. « Quando la compressione non riesce esercitando una dolce pressione, il caso non è adatto per il trattamento endonasale ». — Il sondaggio alla Schaeffer deve essere trascurato come una manovra

pericolosa in tutti i casi nei quali la palpazione fa rilevare nella cennata regione (porzione frontale) un osso duro » (Winckler). Ed un identico giudizio sfavorevole è stato portato quasi da tutti gli autori, che si sono occupati di quest' argomento. — Grünwald ritiene come facilissimo il pericolo di introdurre lo stiletto nel cranio, anzichè nel seno frontale (attraverso la lamina cribrosa). Egli dice appunto: « codesto metodo è pericoloso, giacchè si può con lo stiletto penetrare nella scatola cranica, come abbiamo potuto accertare sperimentando sul cadavere ».

Tuttavia, dice l'A., non sarebbe giusto addebitare al « sondaggio » alla Schaeffer il caso di Mermod, che ebbe esito letale, e nel quale la sonda, anzichè penetrare nel seno frontale, che non esisteva, capitò — attraverso una lacuna ossea preformata — nella cavità cranica.

Tutti gli autori sono oggi di accordo nel ritenere che i pericoli inerenti a questo processo sono troppo grandi per poterlo generalizzare. Nè è giusto esporre l'infermo al rischio di perforare la base del cranio.

Ciò spiega agevolmente perchè si fece a meno dell' apertura endonasale. Con essa non veniva curata, a regola d' arte, l' affezione del seno frontale; tutt' al più veniva reso possibile un poco il sondamento ed il lavaggio del medesimo, il che, nei casi cronici, tornava di ben poco conto, e per lo più era inattuabile. Oppure, il seno frontale veniva aperto dall' esterno.

Però, dice Spiess, per quanto innegabili sieno i vantaggi dell' operazione dall'esterno, specialmente quando si riesce ad ottenere rapidamente la guarigione senza grande deformità; d' altro lato è incontestabile che anche l'apertura per la via del naso ha non pochi pregi.

E l' operazione esterna in fondo non ha altro obbiettivo se non di stabilire una comunicazione sufficientemente grande con la cavità nasale, per potere continuare il trattamento endonasale. Vi si è ricorso perchè non sempre si può, per la via del naso, operare con certezza. Infine, è da notare altresì, che l' infermo si decide più facilmente a farsi operare nell' interno del naso, le cui conseguenze non risaltano subito nell' occhio, anzichè dall' esterno, perchè allora, nel caso più favorevole, rimane soltanto una piccola cicatrice nella faccia, laddove nel caso più sfavorevole egli presenterà, per mesi interi, una fistola che deforma il volto.

Rimane, però, sempre ancora una vasta serie di affezioni gravi e minacciose del seno frontale, le quali richiedono che l' apertura venga praticata dall' esterno. Tuttavia, la maggior parte delle suppurazioni, così acute come croniche, potrebbero essere operate per la via del naso, purchè l' istrumento venga incessantemente controllato con i raggi di Roentgen.

La incertezza inerente al metodo di Schaeffer—dovuta a che, quando egli pubblicò il suo processo, non era possibile accertare *intra vitam* le condizioni anatomiche del seno frontale, della base del cranio, ecc. — è stata eliminata con la scoverta del Roentgen, sicchè oggi questo metodo

deve essere giudicato da un altro punto di vista, e può riaccampare il diritto di essere preso in quella considerazione che merita.

Il motivo per cui l'A. non l'ha adoperato nelle sue ricerche e per cui non ha eseguito la perforazione nel punto indicato da Schaeffer, è dovuto a condizioni operatorie più favorevoli, che oggi si possono raggiungere. In fatti, Schaeffer ha eseguito la perforazione molto posteriormente, perchè quivi egli poteva talvolta « dolcemente premere », trovandosi colà ordinariamente il punto più sottile dell'osso. Molto più in avanti, può la spessezza del pavimento osseo pervenire fino ad un centimetro e mezzo, sicchè è impossibile esercitare una pressione, ed è grande il pericolo che l'istrumento scivoli. E se l'A. praticò la trapanazione molto in avanti, e non esercitò la compressione, ma operò con un perforatore mosso da un elettromotore, ciò è dovuto a che egli non aveva a paventare alcun pericolo, nè vi era da arretrarsi davanti all'idea di una considerevole spessezza dell'osso, e si lasciò guidare dalla direzione del suo istrumento verso il centro dell'osso.

Una volta stabilita l'apertura, si può, all'occorrenza, dilatarla, e propriamente sia per procacciare più ampio sbocco al deflusso, sia perchè potrebbe essere necessario introdurre istrumenti più grossi. — Va da sè, che non basta praticare l'apertura per determinare la guarigione. L'A. crede che la stessa trapanazione, in ultima analisi, non sia altro che una punzione esplorativa, la quale può chiarire una diagnosi dubbia, e nel tempo stesso rendere possibile di eseguire i lavaggi ed eliminare i sintomi di pressione, che sovente sono i più molesti. In fine, la posizione di quest'apertura fa sì, che l'infermo da sè stesso può praticare il sondamento, oppure insufflare aria o injettare liquidi.

Vi è sempre, però, una serie di casi acuti, i quali — nella ostruzione del seno frontale — possono essere curati in questo modo, e con l'accurata detersione ed agevolando il deflusso del secreto, essi non divengono cronici.

Se così la guarigione non si ottiene, bisogna esaminare se vi sieno sintomi i quali richieggano un intervento energico, e stieno in nesso etiologico con le molestie inerenti al trattamento consecutivo, le quali sovente durano per mesi. Poichè i risultamenti dell'apertura esterna non sono costantemente buoni — vuoi che si operi col metodo di Jansen, oppure di Killian, o di Kuhnt o di Ogston-Luc — l'A. la ritiene giustificata unicamente quando le indicazioni sono molto gravi. D'altro lato, è possibile che, perfezionando gl'istrumenti, si potrà determinare un'ampia comunicazione fra il naso ed il seno frontale. In fatti, esistendovi un forame, è necessario, a partire dal seno frontale, osservare tutto il pavimento della cavità nasale, per praticare un accurato raschiamento delle varie sinuosità. Il giorno in cui, perfezionando l'istrumentario, si potrà conseguire quest'obbiettivo, e con esso il trattamento dell'empiema del seno frontale, perfino nelle sue forme gravi, questo campo, che oggi è affidato alla Chirurgia generica, rientrerà nell'àmbito della Rinologia.

Circa l'esecuzione dell'apertura, bisogna tener presente quanto segue. Anzitutto che lo spostamento laterale di un istrumento da destra a sinistra e viceversa, non può essere accertato nell'imagine del profilo. Si potrebbe, in vero, tentare di eseguire alternativamente, da dietro in avanti, l'illuminazione per trasparenza; ma, poichè i tegumenti cranici non sono pervii ai raggi, ciò difficilmente riuscirebbe. Laonde, si raccomanda di introdurre il trapano sotto la guida dell'uminazione diretta, o, per lo meno, in una camera bene illuminata, e solo quando è stato spinto, lungo il dorso del naso, fin sotto l'osso nasale, ed incontra una resistenza, si dovrà chiudere la camera ed osservare mediante i raggi di Roentgen la posizione del trapano mercè l'immagine che si proietta sulla placca. È opportuno che il capo dell'infermo stia, quanto più è possibile, esattamente in profilo (all'uopo si applica simmetricamente sulle guance una staffa mobile, la quale, dal lato rivolto allo schermo, sia munita all' estremità di un bottone metallico piano, mentre dall'altro lato abbia un anello metallico di eguale diametro). Stando il tubo ad eguale livello con questa staffa, ed essendo il profilo esattamente adattato, il bottone deve apparire bene delineato nel centro dell' anello, che viene proiettato in grandezza alquanto maggiore. Quando il tubo è giunto nel seno frontale, e quindi un poco più in alto, il bottone deve apparire alquanto sopra l'anello.

Si dirige allora il trapano quasi verticalmente in sopra, e lo si spinge. mosso dal motore, contro il seno frontale, ben rischiarato, nel quale l'istrumento, dopo pochi secondi, penetra con certezza.

Un altro punto da prendere in considerazione è se, nel caso singolo, vi sia un seno frontale. L'A. crede che coi raggi di Roentgen si possa risolvere con precisione una tale questione. Ad ogni modo, si raccomanda di praticare, così da destra, come da sinistra, una illuminazione per trasparenza coi raggi di Roentgen, ed eventualmente, quando non apparisse una imagine evidente, prendere una immagine fotografica, così di profilo, come pure da dietro in avanti.

In vero, potrebbe a qualcuno balenare l'idea di utilizzare l'illuminazione (elettrica) per trasparenza alla Vohsen. Però, Spiess opina che essa non possa qui essere adibita, perchè con questo metodo di esame, così nella mancanza del seno frontale, come nella suppurazione del medesimo, si ottiene lo stesso risultamento. — Molto essenziale è un esame assai accurato dalla cavità nasale: il sondaggio, perfino sotto il controllo dei raggi di Roentgen (Scheier) ben di rado riesce, e talvolta sgorga il pus accanto alla sonda. Il lavaggio può talvolta—anche quando il tubicino non è pervenuto nel seno frontale, fare sgorgare il pus, che potrebbe provvenire da una cellula etmoidale anteriore. La sensibilità alla percussione del seno frontale infermo, come pure la sensibilità alla pressione nell'angolo interno dell' occhio, in direzione del pavimento del seno frontale, sono sintomi spesso constatati; sicchè, dopo avere esclusa la possibilità che sieno interessate

le cavità accessorie, si può, da tali sintomi e dai disturbi subbiettivi dell' infermo, desume, con sufficiente probabilità, un' affezione del seno frontale.—E qui è anche bene menzionare le differenze di grandezza, che esso presenta secondo l'età. Nel neonato vi è appena un abbozzo di seno frontale; nel 6° fino al 7° anno della vita il seno frontale è grosso quanto un pisello, all'età di 20 anni è completamente sviluppato.

Difficilmente, però, con la fotografia di Roentgen si può accertare la estensione laterale del seno frontale ; i segni, in base ai quali parecchi autori hanno tentato desumerla — cioè dalla circonferenza del cranio, dalla configurazione del naso, dalla sporgenza della regione orbitale — non danno risultamenti sicuri. Ecco perchè bisogna operare, quanto più è possibile, in prossimità della linea mediana, e si ha allora la certezza assoluta di pervenire nel seno frontale, rilevandolo sullo schermo. Tuttavia, essendo asimmetrici la maggior parte dei seni frontali, può accadere che dalla narice sinistra venga aperto il seno destro, e viceversa. Se non vi è alcuna comunicazione fra i due seni, il che non è raro, si dovrebbe di nuovo operare in direzione più laterale. Ma se vi è una comunicazione, potrebbe anche essere indifferente da quale lato stia l' apertura. Sventuratamente, non è possibile diagnosticare se vi sia una comunicazione; di fatti, chi mai potrebbe— essendo l'apertura a sinistra ed a destra il deflusso del liquido da lavaggio — dire se si sia pervenvto direttamente a destra, oppure se il lavaggio si attui attraverso una comunicazione? E potrebbe anche darsi che a sinistra il seno frontale sia ostruito da granulazioni, tumefazioni e simili. — In vero, se attraverso questo dotto potesse iniettarsi acqua che furiuscisse dall' altro lato del naso, la comunicazione sarebbe dimostrata. Però, questi casi sono eccezionali, e quindi non possono essere invocati per giudicare l'entità dell' operazione.

Ad ogni modo, l'A. afferma che, quantunque finora egli abbia operato soltanto tre casi — in uno dei quali, per una piccola inavvertenza al principio dell' operazione, il risultato fu negativo — ha creduto opportuno di pubblicare questo metodo essendosi convinto che esso, quando l'operatore dispone di tutti gli apparecchi necessarî, associa la semplicità e la rapidità con la massima sicurezza.

In ultimo, Spiess riferisce un caso, nel quale con i raggi di Roentgen fu rinvenuto un corpo straniero nel naso.

Trattavasi di un tavoleggiante che, a tempo perso, faceva anche il giocoliere. Uno dei suoi esercizi prediletti consisteva nel conficcare nel naso una moneta da cinque pfennig, e nel tempo stesso ne introduceva, occultamente, un'altra simile in bocca. Il giuochetto consisteva nel far credere che il pezzo infisso nel naso scendesse nella gola e ricomparisse nella bocca. — Fatto sta, che ultimamente, nel ripetere questo giuochetto, non gli riuscì di estrtarre dal naso la moneta introdottavi, e perciò si diresse dal Spiess il quale in sulle prime credette che si trattasse di una cosa

molto facile, ma poi dovette ricredersi, perchè la narice in giù era molto ristretta da tessuto cicatriziale, sicchè a stento si riusciva ad introdurre, per un piccolo tratto, la estremità di uno speculo nasale, onde era onninamente impossibile ispezionare il meato nasale inferiore od il pavimento. Poichè con un'accurata esplorazione (previa energica cocainizzazione) con sonde metalliche diritte o curve non si toccava alcun corpo duro, nè si percepiva un rumore metallico, mentre d'altra parte neppure con la rinoscopia posteriore (facilmente attuabile) si rilevava nulla, l'A. credette di potere assicurare l'infermo, che nel naso non vi era il corpo estraneo. Ma l'ammalato insisteva che, nel curvare il capo indietro, sentiva come se il corpo straniero si raddrizzasse. Allora Spiess ricorse all'esame con la illuminazione per trasparenza. Fu veduto subito la moneta, in forma di una piccola linea nera, la quale, quando l'infermo fletteva il capo, ampliavasi lateralmente, onde essa veniva illuminata di più in superficie.

Per determinare più esattamente l'interessante reperto, fu fotografato l'infermo, il che in questo caso ebbe lo speciale vantaggio che più tardi la fotografia spiegò perchè era stato così difficile scovrire la moneta. Infatti, fu constatato che la spina nasale anteriore era molto alta, onde il pavimento del naso, posteriormente ad essa, era declive per circa un centimetro. Se a tutto ciò si aggiunge che la narice era stretta, onde, attraverso di essa, appena potevasi proiettare uno sguardo fino al meato nasale medio, era impossibile scorgere il corpo straniero, e soltanto con sonde molto curve si avrebbe potuto sentirlo. Questi fatti non si rilevavano sullo schermo di platino-cianuro di bario, oppure non furono riconosciuti perchè non vi si badò. Ad ogni modo, furono ripetuti l'esame rinoscopico e l'esplorazione che presentarono le stesse difficoltà. In nessun punto fu possibile scovrire un pezzo metallico. Si riuscì soltanto ad ottenere che la moneta, con le ripetute esplorazioni, si smosse dal punto dove era incuneata, e l'infermo riescì ad espellerla soffiandosi fortemente il naso.

(Dai *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstranlen*, vol. I, 1898).

BROWN-KELLY dott. A. — *Grossi vasi pulsanti nella faringe* (*Large pulsating vessels in the pharynx*).

Parecchi scrittori hanno richiamato ultimamente l'attenzione sulla eventuale presenza di grossi vasi pulsanti sulla parete posteriore della faringe. Poichè questa condizione probabilmente è più frequente di ciò che si potrebbe inferire dal numero dei casi di questa specie, finora registrati nella Letteratura; poichè essa può essere accertata anche facendo un esame rapido senza istrumenti speciali; e poichè il non riconoscerla può avere gravi conseguenze quando si debbano fare operazioni nelle parti adiacenti, l'A. ha creduto opportuno di riferire quattro casi di questa specie, da lui osservati.

Caso I) L'infermo, un uomo a 75 anni, si lamentava che la sua favella era indistinta. L'esame fece rilevare che ciò era dovuto a cicatrici sifilitiche

del palato molle. Durante l'esame, fu veduto un grosso vase pulsante che sporgeva, a partire dall' angolo fra le pareti posteriore e destra laterale della faringe. Emergeva dalla parete posteriore, pressochè a livello del bordo superiore dell' epiglottide, ed ascendeva perpendicolarmente divenendo gradatamente più sporgente. Giunto alla parte superiore della tonsilla, dove la sua convessità era più accentuata e la pulsazione scorgevasi meglio, si incurvava all' esterno, e si affondava nei tessuti, lateralmente al cavo naso-faringeo. Era turgido, della spessezza di una matita, e decorreva lateralmente sopra una parte considerevole della parete posteriore della faringe. La rispettiva mucosa di rivestimento era normale. La compressione sopra i grossi vasi del lato destro della gola, quasi a livello della cartilagine tiroide, faceva cessare la pulsazione del grosso vaso della faringe. Nulla di abnorme fu constatato, vuoi sulle pareti del vaso, vuoi riguardo a quelle delle arterie temporale e radiale. — Queste condizioni sono persistite immutate durante nove mesi in cui l'A. tenne sott' occhio l' infermo.

Caso II) L' inferma, una donna a 75 anni, accusava sordità. Nella sua faringe fu constatato un vaso sporgente, alquanto più piccolo di quello nel caso testè descritto, ma per tutt' altro eguale in riguardo ad apparenza e sito. Essa non avvertiva alcuna sensazione insolita nella gola.

Caso III) L'infermo, un uomo a 72 anni, condusse dall'A. suo figlio parecchio tempo per il trattamento di un ascesso retro-faringeo. Una volta egli volle essere esaminata la propria gola, perchè provava una leggiera difficoltà nella deglutizione. Dando uno sguardo sulla faringe, fu constatata una forte sporgenza della parete posteriore, quale sporgenza era molto simile a quella che esisteva nella gola del figlio; però, la pulsazione ne rivelò la vera natura. Trattavasi di un grosso vaso che emergeva sulla metà sinistra della parete posteriore della faringe, a livello dell' inserzione del pilastro posteriore, si incurvava in sopra ed all' esterno, e passava dietro la parte superiore del pilastro. Il vaso si scorgeva meglio quando il palato era attirato in su. La mucosa di rivestimento al di sopra di questo vaso era normale. Le pulsazioni erano molto accentuate nella parte convessa. Non cagionava punto sintomi. La difficoltà di deglutizione, accusata dall' infermo, si dissipò in pochi giorni.

Caso IV) L' infermo, di anni 22, accusava aridità nella gola ed ostruzione del naso. Esaminando la faringe, si constatò un' accentuata pulsazione dietro i due pilastri posteriorl delle fauci. A destra, il vaso presentava la stessa apparenza come nel caso I; a sinistra era meno sporgente, ma la pulsazione era accentuata in grado eguale, e poteva essere rilevata lungo la parete laterale della faringe, per circa un pollice. L' infermo non avvertiva punto la pulsazione.

Oltre a questi quattro casi, nei quali il vaso formava una forte sporgenza nella faringe, l'A. ha osservato parecchie fiate una pulsazione delle pareti laterali della faringe, senza sporgenza. — Farlow ha riferito un numero di casi di questa specie, occorsi quasi esclusivamente in donne,

per lo più giovani. In parecchi infermi ciò constatavasi in amendue i lati della faringe; talvolta coesisteva una faringite atrofica, la quale, invitando a praticare l'esame, contribuiva a far rilevare l'anomalia in parola.

Pochi sono i casi nei quali è menzionato che i vasi sporgevano nella faringe. Barnes, Baber, Sanderson, Foucher e Sharp ne hanno descritto, ciascuno, uno di questa specie. Griffin e M' Bride ne hanno descritto quattro. Schmidt afferma che codesta pulsazione di vasi non è punto infrequente. — Sia comunque, dalla relazione emerge con evidenza che l'anomalia in parola si riscontra precipuamente nelle persone attempate, specie di sesso muliebre, e che essa non non cagiona sensazioni subbiettive alla gola. D'ordinario, il reperto era quello di vasi pulsanti, della spessezza di una matita, i quali decorrevano in direzione verticale, dietro il pilastro posteriore delle fauci. — Il caso di Barnes rassomiglia al caso III da noi testè mentovato; laddove in uno degl' infermi di M' Bride i due pilastri posteriori delle fauci pulsavano, e fu rilevato un grosso tronco arterioso, che passava attraverso la parete posteriore della faringe.

È indubitato che la pulsazione delle pareti laterali della faringe sovente sfugge all' osservazione, essendo mascherata dai movimenti involontarii dei pilastri posteriori delle fauci e delle parti adiacenti, nei movimenti respiratorii. Ciò è stato constatato specialmente nei vecchi. Nei casi I e II, sopra riportati, la pulsazione debole e lenta fu scoverta soltanto con un esame molto accurato.

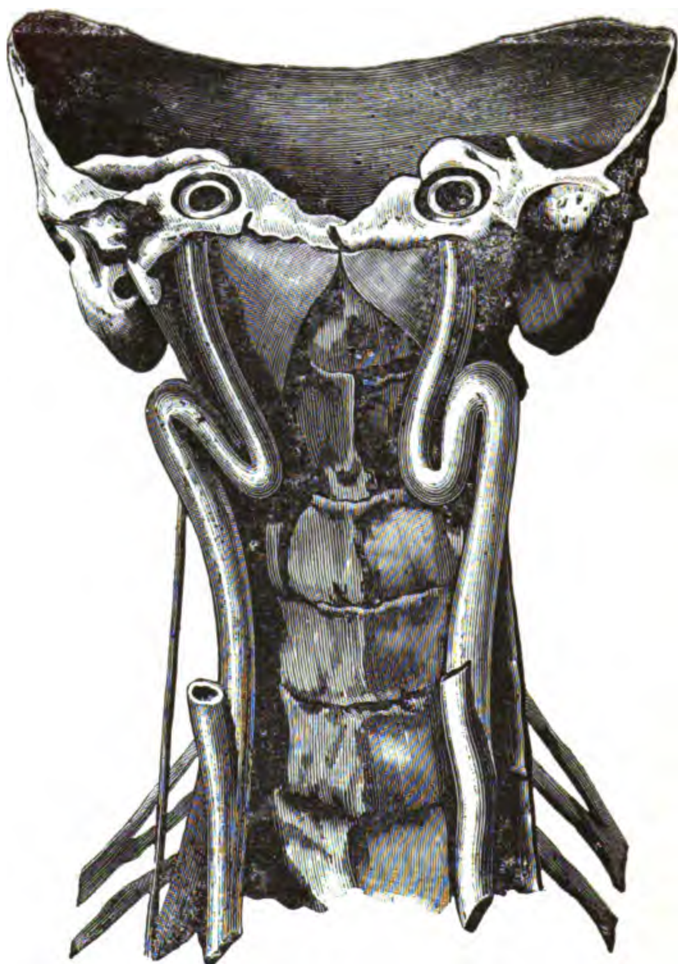
Tutti gli autori testè mentovati — tranne Schmidt — riguardano questi vasi come un' arteria faringea ascendente dilatata, benchè parecchi di essi esprimano il dubbio che possa trattarsi di una vertebrale anomala. D'altro lato, Schmidt ritiene per fermo che in questi casi si ha da fare con la carotide.

L'A. dichiara che nei quattro casi da lui riferiti, non poteva certamente trattarsi di una vertabrale a decorso aberrante, giacchè la pulsazione nella faringe poteva essere soppressa con una pressione moderata sui grossi vasi della gola, al di sopra della cartilagine tiroide. Circa la questione se possa trattarsi della faringea ascendente, egli crede improbabilissimo che un vaso così piccolo possa raggiungere tale una dilatazione, senza alcuna causa valutabile, senza rivelarsi con sintomi e senza la coesistenza di altri disturbi circolatorii. La dilatazione, delle arterie nei vecchi — di cui Hutchinson riferisce alcuni casi interessanti, i quali, però, non rassomigliano a questi in discussione — non spiega codesta anomalia nasale, anche se limitata soltanto alle persone in età inoltrata, e meno che mai ci spiegherebbe i casi in cui essa è stata riscontrata in persone giovani (come nel IV sopra riferito).

Poichè l'A. non potette determinare con la palpazione quale fosse l'arteria impegnata, pregò il dott. Parry di esaminare i casi I e IV. Questi assicurò che il vase pulsante nella faringe corrispondeva, in amendue gl' in-

fermi, indubbiamente alla convessità di un' abnorme curva della carotide interna.

Compulsando la rispettiva letteratura anatomica, l'A. ha rilevato che è stato ripetutamente desccritto un decorso tortuoso della carotide interna. Dubreuil menziona ciò, ed afferma che una delle curve dell' arteria può



avvicinarsi alla faringe ed alla tonsilla. — Barkow descrive ed illustra ciò in quattro specimini anatomici, che rappresentavano codesta anomalia. Tre di essi rassomigliano ad un preparato del Museo anatomico di Glasgow; nel quarto, la tortuosità è meno accentuata, l' arteria nella parte superiore del suo tragitto si incurvava bruscamente in basso, decorreva orizzontalmente per una breve distanza, e poi si incurvava in sopra verso il canale carotideo.

Quanto allo esempio, testè cennato, del museo anatomico di Glasgow, l' A. ne ha preso visione, essendogli stato presentato (v. la Figura) dal dott. Macphail. In questo preparato, le carotidi interne mostravano un decorso tortuoso, e poichè erano perfettamenre simmetriche, la seguente descrizione vale per entrambe. Ogni carotide interna ascende normalmente per due pollici e mezzo nel canale carotideo, dove il suo decorso inclina leggermente in fuori. Dopo essere decorsa così per più di un pollice, si incurva bruscamente in dentro ed in basso, raddoppiandosi sopra sè stessa, e discende per un pollice. Poi si incurva ad angolo quasi acuto, in avanti ed in sopra, ed ascende con una leggiera inclinazione all' esterno del canale carotideo, a distanza di due pollici. A causa di tale tortuosità, l' arteria si avvicina alla linea mediana un mezzo pollice di più che non quando il suo decorso è normale.

È evidente che alcuni, se non tutti i casi di « grossi vasi pulsanti nella faringe » sono dovuti ad un decorso tortuoso della carotide interna, giacchè la parte sporgente della curva inferiore nel reperto testè descritto produrrebbe, nel soggetto vivente, un' apparenza simile a quella osservata nei casi I, II e IV.

In qual modo si origini questo decorso tortuoso, è dubbio. Si potrebbe supporre la persistenza di certe porzioni degli archi embrionali aortici, che d' ordinario sono obliterati, e l' occlusione di altri, che normalmente restano manifesti, e così arzigogolare una teoria sul riguardo. I vasi pulsanti nella faringe sono stati osservati precipuamente negli individui attempati; gli anatomici hanno riscontrato le carotidi interne tortuose per solito nei vecchi. Inoltre, è noto che altre arterie possono divenire tortuose nell' età avanzata, e che la carotide comune può esserne affetta fino al punto da simulare un aneurisma. In mancanza di indagini anatomiche indicanti una possibile origine embrionale, oppure con rigore scientifico che trattasi di una lesione associata all' età senile, devesi per ora, secondo l' A., attenersi piuttosto a quest' ultimo modo di vedere. In quanto al momento etiologico che può costituire la causa immediata del decorso tortuoso, l'A. dice che i casi da lui osservati non apportano alcuna luce, e che egli non si sente proclive a fabbricare ipotesi campate in aria.

Ad ogni modo è della massima importanza, come ciascuno agevolmente comprende, scovrire se vi sia qualche abnorme pulsazione di vasi prima di eseguire la tonsillotomia od incidere un ascesso peritonsillare. Inoltre, un decorso tortuoso della carotide interna può essere una sorgente di pericolo nell' asportazione di vegetazioni adenoidi. Ed è probabile, che appunto una tale anomalia esistesse in un recente caso, ad esito letale, descritto da Schmiegelow, nel quale l' emorragia seguì a quest' operazione. L' autopsia fece rilevare la rottura della carotide interna nella parete laterale del cavo naso-faringeo.

(Dal *Glasgow Medical Journal*, 1898).

DE ROALDES dott. A. V. — *Un notevole caso di fibrocondroma di origine branchiale (Tetatoma faringeo) asportato dalla gola di un bambino di sei settimane (A remarkable case of fibro-chòndroma of branchial origin (pharyngeal Teratoma) removed from the throat of an infant six weeks old).*

H. J. H., un bambino di sei settimane, nato a New Orleans, fu presentato dalla madre nell'Ospedale per infermi di occhi, orecchio, naso e gola. Il dott. A. M. Shane, avendo subito constatato che trattavasi di un insolito tumore faringeo, vi richiamò sopra l'attenzione del dottor de Roaldes. — La madre riferì che il bambino, immediatamente dopo la nascita, presentava un «strano rumore» durante la respirazione. Quando si tentava di farlo succiare al capezzolo, aveva accessi di soffocazione, i quali però non ricorrevano più di una o due volte per settimana. Al principio si credette che si trattasse di un forte accumulo di muco nella gola e nell'albero bronchiale; indi fu supposto che si stesse in presenza di un attacco di crup spasmodico. Pochi giorni prima che fosse stato condotto all' ospedale, il bambino ebbe un violento accesso di soffocazione, il che indusse il dottor Lovell a praticare un esame molto accurato, il quale fece rilevare la presenza di un tumore.

Facendo aprire ampiamente la bocca al piccolo infermo e deprimendo la lingua, al principio non si constatò nulla; ma non appena il bambino incominciò a gridare, fu veduto un tumore mobile, nascosto nella dietrobocca, il quale emergeva alquanto dietro il palato molle. Continuando il bambino a gridare, fu constatato che il tumore poteva affondarsi nella faringe, e raggiungere perfino il vestibolo laringeo. Indi, gradatamente, dopo alcuni colpi di tosse e consecutivi atti espiratorii forzati, il tumore si ritirò nel cavo naso-faringeo, e giunse perfino a piazzarsi sulla base della lingua. Introducendo il dito mignolo fra la lingua ed il neoplasma, l'A. potette avvertire che la superficie inferiore mostrava distintamente un nucleo duro, cartilagineo, e che la massa sembrava attaccata al lato sinistro del cavo bucco-faringeo. Non fu possibile all'A. spingere il dito oltre le fauci. La cavità nasale posteriore, come potette accertare con l'esame attraverso le narici, era relativamente libera, a paragone dell'ingombro che mostrava quando il tumore stava nella prima posizione, testè mentovata.

Ricoverato il bambino in Clinica, l'A. nel giorno dopo riprese l'esame per constatare bene il punto di impianto del neoplasma. Durante l'esame, fatto con tutte la delicatezza possibile, il bambino ebbe un violento accesso di soffocazione (cianosi, iperemia congiuntivale, ecc.). Ciò lo indusse a praticare l'estirpazione. All'uopo fu passato subito un filo attraverso il neoplasma, che in quel momento si affondava già nel vestibolo laringeo, e fu ricondotto nella pristina posizione, cioè sulla base della lingua, e con una pinza fu fissato. Il respiro ben presto ridivenne calmo e tranquillo. Si

potette allora agevolmente rilevare il punto di impianto, che stava nel lato sinistro della parte media del pilastro posteriore, del palato molle, ed occupava una zona grossa quanto un pisello. Fu asportato il peduncolo. L'emorragia non fu imponente. Guarigione rapida.

Il tumore fu dall'A. inviato in esame al professore Lannelongue, il quale constatò che rassomigliava molto ai fibro-condromi branchiali, dai quali si distingueva unicamente perchè il tegumento era cutaneo e non mucoso.

Finora nella rispettiva Letteratura sono stati descritti alcuni di questi casi.

Il dottor Bland Sutton (di Londra), che pure esaminò questo tumore, lo definì come un dermoide faringeo (equivalente al teratoma di alcuni autori).

(Dal *New York Medical Journal*, 1897).

DE ROALDES dott. A. W.—*Relazione di un caso di incompleta frattura del corno sinistro della cartilagine tiroide, prodotta da un trauma inferto spontaneamente* (*Report of a case of incomplete fracture of the left cornu of the thyroid cartilage, resulting from self-inflicted violence*).

R. H. B. di anni 37, nato a New Orleans, alla sera del 7 aprile 1891, mentre mangiava olive, ingojò accidentalmente un nocciuolo, e ne riportò l'impressione come se quello si fosse infisso nella laringe. Allarmato dei gravi accessi di soffocazione che ne seguirono, tentò di eccitare il vomito, cacciandosi un dito in gola; però, non potette, alla fine degli sforzi fatti per espellere il nocciuolo di oliva, accertare se lo avesse, o meno, espulso. Sia comunque, persistendo la sensazione come se un corpo straniero fosse penetrato nella laringe, l'infermo incominciò a fare dall'esterno, con le dita, alcune manovre così violente sulla laringe, che in un momento sentì un rumore « come se qualche cosa nell'interno si fosse rotto ».

A partire da quel momento, si stabilì una sensazione dolorosa, la quale, non cedendo ad alcuna cura, l'infermo si presentò nel giorno dopo nell'Ospedale per malattie dell'occhio, orecchio, naso e gola, dove la laringe fu accuratamente esaminata; ma non si rinvenne alcun corpo straniero. Fu osservata soltanto una sporgenza angolare, a forma di V, che prendeva origine dalla parete laterale sinistra, in direzione del ligamento ari epiglottico. Nessuna traccia di trauma esterno. Dopo accurata cocainizzazione, fu constatato che la parte superiore della sporgenza era meno consistente dell'altra. La mucosa era intatta, ma nettamente sollevata.

Alla esplorazione digitale la sporgenza potette essere, con una delicata manovra, rappianata; però, allontanando il dito, ricompariva. Durante la fonazione, la sporgenza angolare si avanzava verso l'aritenoide sinistra, raggiungendo il margine libero del ligamento ari epiglottico. Dopo pochi giorni l'infermo assicurò che avvertiva un pò meno la sensazione di corpo straniero nella gola. Esaminato dopo alcune settimane, il reperto laringoscopico era

immutato. Passarono dei mesi, prima che la sensazione dolorosa fosse del tutto dissipata.

L'A., dopo la relazione del caso, giustifica la diagnosi, da lui stabilita, di frattura incompleta del corno superiore sinistro della cartilagine tiroide, fondandosi sopra considerazioni di anatomia topografica e sul reperto obbiettivo. Fa rilevare che la sporgenza angolare nella parte superiore della laringe può essere dovuta ad uno spostamento del corno dell' osso joide, oppure della cartilagine tiroide. Dimostra poi, che essa non potette essere cagionata da spostamento dell'osso joide, perchè allora tutto l'osso sarebbe stato corrispondentemente spostato, tranne il caso di una frattura che avesse distaccato il gran corno dal rimanente dell'osso. Però, in quest'infermo non vi era frattura; nè il corpo, nè la metà destra dell'osso joide erano spostati.

L'altra spiegazione possibile è che il corno superiore della cartilagine tiroide fosse spostato in dentro. Ora, il reperto laringoscopico calza completamente con questa ipotesi. In fatti, quando il corno della cartilagine tiroide è spinto in dentro, trascina seco il ligamento tiro-joideo, e fa inarcare la mucosa, donde la sporgenza a forma di V. Nel caso clinico, testè mentovato, codesta frattura si produsse pel trauma esterno, inferto dall'infermo.

(Dal *New York Medical Journal*, 1897).

V. MEYER

D'AGUANNO dott. A. — *Asportazione rapida di un tumore dello spazio naso-faringeo*

In una giovane che si lagnava da qualche tempo di progressivo impedimento della respirazione nasale, specie del lato sinistro, con voce nasale, con diminuzione dell' odorato e dell' udito a sinistra, ecc., D'Aguanno alla rinoscopia anteriore scorge nel fondo della fossa nasale sinistra un polipo, che gli riesce asportare soltanto in parte, avente i caratteri del mixoma; alla esplorazione del cavo naso-faringeo, trova questo tutto occupato da un tumore sferico, liscio, duro-elastico, poco spostabile. Crede anche quest' ultimo di natura benigna, ma impiantato sull' apofisi basilare.

Riconosciuta la necessità di asportarlo, discute le vie da tenere ed i mezzi da impiegare, e presceglie la via nasale e l' uso dell' ansa fredda.

Restava però la difficoltà di questa via, cioè a passare l'ansa al di dietro del tumore; e per questo l' A. servendosi, come guida dell' ansa, di un catetere, lo fece passare per la fossa nasale sinistra nella faringe, al quale ligò l' ansa, e quindi manovrò col dito nel cavo per abbracciare il tumore. Questo si distaccò subito e fu riconosciuto al microscopio per fibro-mixoma.

Ecco in breve la pubblicazione del D'Aguanno; però l' insieme dell' osservazione, come di altre congeneri che si conoscono, lascia credere che il mixoma si fosse originato dalla fossa nasale sinistra, magari in vicinanza della coana, e si fosse svolto con una grossa propagine fibromatosa nel cavo

naso-faringeo: il modo di svolgersi, la struttura stessa del tumore, la facilità della sua asportazione, l'osservazione non rara di casi consimili, ecc., tutto fa pensare al cosidetto mixoma gigante nasale.—In quanto al mezzo curativo escogitato dall' A., esso non è nuovo, e, per non andare purtroppo lontano, ricordo che da qualche tempo il prof. Massei adopera, su per giù, un simile metodo per la cura chirurgica per le vie naturali dei *grossi tumori del cavo naso-faringeo*, con la sola differenza, cioè, che ha usato l'ansa galvanica invece della fredda (tanto necessaria in questi casi, avendo il tumore per lo più larga base d'impianto sull'apofisi basilare ed una forte resistenza al taglio) e la sonda di Belloc invece del catetere; una comunicazione al riguardo il Massei ha fatto alla 1ª riunione della Società italiana di Laringologia, Otologia ecc., tenutasi in Roma nell'ottobre 1892 (1).

TRIFILETTI

GUTZMANN Dott. A.—*Contributo alla guarigione dell'afonia spastica* (*Zur Heilung der Aphonia spastica*).

Com'è noto, nel 1875 Schnitzler, per il primo, descrisse un peculiare disturbo fonetico, che battezzò come afonia spastica, e che sarebbe caratterizzato dal fatto che, in ogni tentativo di fonazione, i costrittori della glottide si contrarrebbero spasmodicamente fino al punto, che non avverrebbe la chiusura completa della glottide. Il grado del rispettivo disturbo fonetico è molto differente. Nei gradi molto avanzati si ha un'afonia completa; nei gradi leggieri un inceppo della favella, il quale si distingue precipuamente per il fatto, che le vocali di una parola vengono pronunziate due volte, per es. in vece di dire *uno*, l'infermo dice *u-uno*, ecc. Landgraff fece rilevare, che probabilmente il diaframma partecipa allo spasmo, e paralizza l'azione dei muscoli espiratori, facendoli rimanere nella posizione di inspirazione. — Finora nella Letteratura sono ben pochi i casi di afonia spastica descritti con la debita precisione. Oltre al caso di Schnitzler, si possono menzionare quelli di Jurasz, Nothnagel, Schech. Landgraf, Voltolini, Moritz Schmidt, Jonquière, Hack, Traube, Mackenzie, Michael, Krause e Fritsche.—Le indicazioni di questi autori circa la durata, il decorso e la prognosi di questo disturbo, sono molto discrepanti. Mentre Gottstein tenne d'occhio per ben quattro anni un caso di spasmo inspiratorio della glottide, senza che si potette constatare alcuna miglioria, il Mackenzie, nei suoi non potette mai conseguire una guarigione duratura. Invece, Fritsche e Jurasz opinano che la prognosi sia abbastanza favorevole, specie allorchè trattasi di casi ancora recenti. Nell'infermo di Michael -- nel quale, insieme allo spasmo fonico della glottide, si produsse anche un gravissimo spa-

(1) V. Atti della stessa, pag. 67.

smo inspiratorio glottico, che nella inspirazione profonda provocava una interruzione repentina della respirazione — fu resa necessaria perfino la tracheotomia.

Non ha guari Gutzmann ha avuto occasione di osservare un caso di afonia spastica, in un artigliere di 21 anno, il quale, percosso per indocilità ed incapacità mentre prestava servizio, fuggì dal quartiere e per parecchi giorni, andò seminudo, errabondo per i campi. Ritornato al quartiere, mostrò uno scompiglio mentale abbastanza accentuato, e gli riusciva difficilissimo profferire qualche parola. Questo disturbo fonetico pervenne fino all'afonia completa, onde il dottor Gutzmann, in qualità di specialista fu invitato ad esaminare l'infermo. Nell'esame, l'autore, avendo rivolto una domanda all' ammalato, constatò che allorchè questi tentava di parlare, si produceva un acuto rumore inspiratorio di sfregamento, cui ben presto seguiva un forte gemito, ed appariva il sudore sulla fronte. Ad una seconda domanda, l'infermo sforzandosi di profferire qualche parola, ebbe un capogiro, e mancò poco che cadesse a terra. Gutzmann credette allora opportuno esaminare l'attività respiratoria col pneumografo di Marey, e constatò che, durante il lamento doloroso, che l'infermo cacciava nella espirazione, il diaframma rimaneva fortemente contratto.—L'esame laringoscopico fece rilevare che, al principio della fonazione, non solo le corde vocali si adducevano, ma anche le false corde si ravvicinavano tra loro, e l'epiglottide si incurvava posteriormente, sicchè al di sopra del piano delle corde vocali aveva luogo un'occlusione solida, a guisa di zaffo che, soltanto di tratto in tratto, si schiudeva con una esplosione repentina.

Gli spasmi insolitamente forti di tutto il corpo, del diaframma, nonchè della muscolatura dell' addome, si verificavano quando l'A. diceva all' infermo che, per parlare correntemente, si dovea soltanto inspirare ed espirare bene. Nella inspirazione si constatava, che le corde vocali non si abducevano, ma si ravvicinavano fino al punto da formare un triangolo abbastanza angusto, onde preducevasi un rumore di sfregamento. Solo quando si giunse ad insegnare all'infermo di inspirare tenendo le corde vocali fortemente abdotte, cioè inspirare in modo che non si percepiva alcun rumore, egli poteva intrcdurre liberamente l'aria. Ed a questa inspirazione calma, che si effettuava senza l'ombra del rumore, seguiva una espirazione parimenti calma, pochissimo rumorosa. Dopo che l'infermo per circa otto giorni fu addestrato a questa ginnastica respiratoria, si potette pervenire a prolungare la espirazione com' è richiesta per la fonazione fisiologica. Nel primo periodo di questo esercizio, l'infermo non poteva espirare più di quattro secondi al massimo; gradatamente egli pervenne a prolungare l'atto espiratorio fino a venti secondi. Giunto a questo punto, l' A. credette che fosse il momento opportuno di determinare un'adduzione maggiore delle corde vocali nella espirazione, esercitando una più forte pressione sulle superficie laterali della cartilagine tiroide. Ciò diede ottimo risultamento, in quanto

che l'infermo dopo altri otto giorni con questo trattamento, non soltanto mostrava una espirazione calma ed uniforme, ma senza alcuno sforzo poteva rispondere, in voce di falsetto, a tutte le domande che gli venivano dirette, e la voce era così forte, che la si poteva bene percepire anche ad una certa distanza. Incoraggiato da questo risultamento, Gutzman fece proseguire questo trattamento, aggiungendovi il seguente esercizio: inspirare senza rumore, indi per un certo tempo emettere una voce di falsetto, e poi sforzarsi di profferire qualche vocale nella espirazione. Quest' esercizio al principio fu fatto soprattutto con la vocale *a*, tenendo la rima orale immobile. Dopo qualche tempo, si è potuto gradatamente passare dalla vocale *a* ad una intera parola.

Un così cospicuo successo si è ottenuto nello spazio di cinque settimane. L' infermo oggi può rispondere alle domande che gli vengono dirette senza alcuna esitazione, senza l' ombra di disturbo respiratorio, con voce chiara ed evidente. Benchè, a fermare il risultamento finora dato da tale trattamento, questo venga tuttora proseguito, l' infermo può, fin da ora, essere riguardato come guarito.

Come è agevole rilevare, codesto trattamento ha dato risultamenti superiori a quelli finora conseguiti con altri mezzi nell' afonia spastica. In fatti, è noto che, contro quest' affezione, furono usati, senza alcun successo, gli antispasmodici ed i cosiddetti nervini. Schnitzler nel suo caso galvanizzò il midollo spinale, ma ne trasse un effetto mediocre, che probabilmente fu determinato soprattutto dall' influenza psichica, come giustamente fa rilevare Hoppmann, il quale con una specie di suggestione riuscì ad ottenere la guarigione in un caso di afonia spastica.

In ultimo, l' A. fa notare, che col metodo sopra descritto egli ha finora ottenuto la guarigione in tutti i casi di afonia spastica che gli si sono presentati. — A Nothnagel spetta il merito di avere fatto notare che in quest' affezione si può ottenere la guarigione con esercizii metodici della favella. In un caso Nothnagel guarì l'inferma come segue: sotto la sua sorveglianza, le fece fare metodici esercizii di movimenti delle labbra e della lingua, indi passò ad esercizii metodici della respirazione. Per giorni interi l'inferma doveva tenere l'organo vocale in riposo assoluto, e non fare il menomo tentativo di parlare. In siffatto modo essa gradatamente ricuperò del tutto la favella. — In fine, merita pure essere segnalato il metodo speciale seguito da Hack, che consiste nel fare inspirare ed espirare fortemente tenendo introdotto lo specchietto laringeo, e poi rattenere le espirazioni finchè la fame d'aria, così prodotta, provochi una inspirazione normale.

(Dalla *Medicinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesammte Sprachheilkunde*; 1898; n. 1).

THORNER dott. MAX — *Accidenti insoliti consecutivi ad operazioni nel naso e nella gola* (*Uncommon accidents following operations in the nose and throat*).

Sono trascorsi poco più di dieci anni, dacchè il professore Nussbaum, al principio della sua monografia sopra «*gli Accidenti in Chirurgia*», faceva rilevare che «gli accidenti chirurgici, così evitabili come inevitabili, sono tanti e tali che, se qualcuno volesse tentare di enumerarli tutti, difficilmente saprebbe dove incominciare e dove finire. Sventuratamente, a causa della vanità umana. vengono riferiti quasi soltanto i casi con successo completo, laddove quelli con esito infelice non vengono punto pubblicati, benchè un accidente disgraziato sia spesso più istruttivo di dieci casi con esito felice».

Queste savie considerazioni di Nussbaum hanno indotto l'A. a riferire i seguenti quattro casi nei quali, in seguito ad operazioni nel naso e nella gola, si produssero accidenti del tutto insoliti.

I) Il I caso è degno di nota per l'afonia funzionale, che si sviluppò in in seguito a cauterizzazione della faringe per faringite cronica follicolare. L'inferma, una giovine a 18 anni, veniva sottoposta, ogni otto a dodici giorni, alla cauterizzazione con la galvanocaustica, che apportò una considerevole miglioria della voce. Un giorno, dopo aver causticato un grosso follicolo ipertrofico nel centro della parete faringea posteriore, l'inferma perdette repentinamente la voce. L'A., allarmato, praticò subito l'esame laringoscopico, il quale fece rilevare un quadro identico a quello dell'afonia funzionale; le corde vocali si adducevano, per un istante, nel tentativo della fonazione, e poi si abducevano. Questo stato di cose durò pochi giorni, indi, si dissipò con la stessa rapidità con cui si era prodotto. — Indi, fu continuata la cura con la galvanocaustica, nè si riprodusse più il fenomeno. — Si noti che l'inferma era una giovane di sanissima e robusta costituzione, e che non presentava neppure l'ombra dell' isterismo.

II) Il secondo caso non è meno importante del primo, perchè trattasi di un' amaurosi temporanea, sopravvenuta in seguito a causticazione nel naso. Trattavasi di una donna a 40 anni, la quale, dieci anni prima, fu curata dall' A. per polipi nasali, una gran parte dei quali fu asportata con l' ansa fredda. L' operazione riuscì ottimamente, e rimase soltanto una piccola massa polipoide nella sinuosità fra il turbinato inferiore e medio; non fu possibile comprenderla nel laccio ed estirparla, per cui Thorner decise di distruggerla con la galvano-caustica. Nel giorno consecutivo a questa operazione, l' inferma era oltremodo sovreccitata per amaurosi dell' occhio destro (sopravvenuta quasi repentinamente), corrispondente al lato dove era stata fatta l' operazione. Con l'occhio destro essa poteva soltanto distinguere la luce dell' oscurità. L'esame ottalmoscopico non fece rilevare alcuna ano-

malia. Dopo cinque giorni l'amaurosi incominciò a dissiparsi, e in capo a quattro o cinque settimane era del tutto cessata.

III) In un altro caso si ebbe uno strano accidente: la perdita della memoria dopo una insignificante operazione nel naso. L'infermo, un giovanotto di 16 anni, fu operato per una ostruzione quasi completa del naso. Vi erano accentuata deviazione del setto ed enorme ipertrofia dei turbinati medio ed inferiore. Codeste ipertrofie furono asportate ad intervalli di quattro a sei settimane, e dopo ciascuna di esse l'infermo ritornava alla città nativa. Dopo due o tre sedute, nelle quali erano stati escissi rilevanti tratti ipertrofici, senza che fosse apparsa neppure l'ombra di un sintomo molesto, l'infermo ritornò per farsi di nuovo operare. Fu tenuta un'altra seduta, nella quale dal turbinato medio fu asportato un pezzettino grosso quanto un pisello. Vi fu lieve emorragia; ma poichè l'infermo aveva superato, da poco tempo, un attacco di tonsillite, l'A. decise di non procedere oltre. Nel giorno seguente, egli vide l'infermo e lo trovò in buone condizioni. Dopo poche ore, il giovine si recò per ferrovia a casa, dove giunse in uno stato di completa assenza mentale. Durante la notte, il medico di casa telegrafò all'A. per sapere quale anestetico avesse adoperato. All'indomani Thorner ebbe dal medico di famiglia una lettera, nella quale era detto che l'infermo era giunto a casa con febbre alta, iperemia della congiuntiva, dilatazione pupillare, cefalea, incoscienza. La febbre ed i disturbi persistettero due giorni, e le pupille ridivennero normali, ma la perdita della memoria perdurò circa sei settimane. Durante questo tempo, l'attività mentale incominciò a ridestarsi, e dopo altri due mesi era completamente ripristinata. Quando Thorner lo rivide dopo alcuni mesi, egli era completamente guarito da tali disturbi, ed i genitori insistettero perchè fosse continuato il trattamento, che fu espletato senza altro accidente,

IV) Il quarto caso è di una importanza eccezionale, per il corollario da trarne nella pratica. Trattavasi di un infermo a 18 anni, il quale da otto anni veniva curato per asma. Negli ultimi tempi, la dispnea era cresciuta in grado allarmante. Non vi era traccia di sifilide. Quando l'A. vide l'infermo, questi era in uno stato quasi disperato. Forte cianosi, stenosi laringea in grado allarmante. I legamenti ventricolari erano fortemente Fu inspessiti; le corde vocali inglobate in masse di tessuti infiltrati. — introdotto, senza alcuna difficoltà, un esilissimo tubo da intubazione, bene olcato; la laringe fu previamente anestesizzata con una soluzione di cocaina al cinque per cento. L'infermo poteva agevolmente respirare attraverso il tubo, e non accusava alcuna sofferenza. Thorner si era prefisso di far restare il tubo nella laringe per 24 ore; però, nel giorno seguente, circa quindici ore dopo l'introduzione, l'infermo ritornò, pregando di allontanare il tubo, sia perchè gli dava forte molestia, sia perchè non poteva prendere alcun alimento. L'A. estrasse il tubo senza alcuna difficoltà, ed invitò l'infermo a ritornare di sera per la reintroduzione. Questi si sentiva

molto alleviato, prese un poco di acqua, e dopo pochi minuti uscì dalla casa di Thorner. Dopo quindici minuti, fu trovato morto. Via facendo, egli si era inteso molto male, onde pregò un cocchiere di condurlo alla casa di Thorner. Ma, non appena salito in vettura, cadde riverso e morì.

Secondo Thorner, quest' esito disgraziato può essere agevolmente spiegato. Per la compressione esercitata dal tubo per lo spazio di quindici ore, sopra i tessuti infiltrati, si produsse un edema sotto-glottico, che cagionò in breve tempo un esito letale. Ad ogni modo, benchè l' accidente sopravvenuto in questo caso sia raro, esso ci insegna che quando, in una cronica stenosi laringea, si esegue l' intubazione, è necessario, dopo la estubazione, sorvegliare per qualche tempo l' infermo.

Caso V) In questo caso trattavasi di una giovane di 24 anni, la quale, da anni, era affetta da starnuto molto molesto. Le porzioni anteriore ed inferiore del turbinato medio sinistro erano ipertrofizzate. Thorner asportò la parte ipertrofizzata con l' ansa fredda. Una mezz' ora dopo l' operazione, l' inferma ebbe un fortissimo accesso di tosse spasmodica (un fenomeno del tutto nuovo per lei), e, dopo poco tempo, una intensissima nevralgia al lato sinistro della faccia. Nè la morfina, nè l' idrato di cloralio le potettero procurare un po' di sonno nel corso della notte. La nevralgia si dissipò gradatamente dopo parecchi giorni, mentre la tosse spastica si dileguò dopo due settimane e mezzo. — Non vi era alcuna condizione locale che avesse potuto spiegare la comparsa di questi accidenti, giacchè la ferita guarì nitidamente senza alcun disturbo. In prosieguo questi sintomi non si riaffacciarono più, e lo sternuto scomparve per sempre.

Questi i casi che l'A. ricorda occorsi nella sua pratica professionale. Come giustamente fa rilevare, essi meritavano di essere riferiti, perchè certemente se ne possono trarre utili ammaestramenti nella pratica.

(Dal *Journal of the American medical Association*).

V. Meyer

VARIA

Siamo dolenti di non poter fare una recensione, come è nostra abitudine, particolareggiata ed obbiettiva, di un buon libro, quello del prof. E. Scuri: « *Il Metronomo nell'insegnamento orale dei sordomuti, ossia teoria e pratica per l'esercizio degli organi della parola secondo principi scientifici* » — perchè l' indole del nostro giornale ce lo vieta; epperò ci contenteremo di darne l'annunzio, con poche parole, in questa rubrica.

Il prof. Scuri, che è direttore del R. Istituto pei sordomuti di Napoli, in questa sua recente pubblicazione (un volume di circa 160 pagine, dai tipi di E. Pietrocola di Napoli, prezzo L. 4) espone tutto quanto riguarda

il dottrinale e la pratica per l'esercizio metodico degli organi della parola, però basandolo su principii scientifici moderni.

Ma il suo obbiettivo principale è quello di esporre i vari mezzi e procedimenti atti ad avviare od a preparare il sordomuto nell'apprendimento del linguaggio parlato. E fra questi mezzi e procedimenti, dà la più larga parte all'uso del *Metronomo* di Maëlzel, modificato ed adattato da lui per le scuole dei sordomuti, quale ottimo regolatore del ritmo del linguaggio, come lo è della musica.

Sulla base di questo istrumento, l'A. allestisce ed espone (ed ecco la parte più originale del libro) *tutto un piano didattico*, il quale è, in fondo, il risultato delle molteplici e svariate applicazioni da lui fatte nelle scuole dei sordomuti; il che dà valore di conferma al suo metodo.

Alla fine del libro, sono tracciati degli *schemi musicali* per avvalorare le norme indicate a riguardo di questo ritmo del linguaggio articolato e per dimostrare ancora come questo procedimento si fonda sopra un principio di connessione, o di armonica dipendenza dei mezzi, fra parola e musica.

E non aggiungiamo altro, anche per non entrare in un campo che non è di nostra stretta competenza, ma degli Istitutori di Sordomuti.

Le Scuole di Oto-rino-laringologia in Francia.

Una delle ultime creazioni importanti, fatte dal Consiglio Municipale di Parigi è stata quella della *Clinica Oto-rino-laringologica* nell'Ospedale Saint-Antoine,—oltre all'aver trasformato in servizio speciale quello che era semplice consultazione annessa al servizio generale di Lariboisière.

Ci piace esporre l'organizzazione della Clinica Saint-Antoine, rilevandola dalla descrizione che ne fa il dott. E. de Lavarenne nella *Presse Médicale*, n. 37, 30 aprile 1898, nella speranza che qualche insegnamento ne venga tratto anche dalle nostre Amministrazioni e dal nostro Governo in ordine ai miglioramenti dei diversi servizi da apportarsi a molti nostri Ospedali ed alla creazione di simili scuole in varie Università italiane.

È notevole il fatto che il 31 dicembre 1897 il Consiglio Municipale di Parigi, su proposta del consigliere *Faillet*, autorizzava l'Amministrazione a mettere a disposizione del dott. Lermoyez alcuni locali all'uopo designati con il credito di lire 20 mila per le spese di adattamento, ed il 1° marzo 1898, cioè dopo appena due mesi, la Clinica era già pronta a funzionare.

I locali sono ripartiti in due piani. Nel primo sono il servizio delle consultazioni, la sala d'operazione, il laboratorio ecc. ecc.: il tutto in vaste proporzioni con buona aerazione ed illuminazione. Eccone i particolari:

a) Vestiario degli allievi; gabinetto del Capo di servizio; lavabo, ecc. per il personale sanitario.

b) Sala di aspetto per gli ammalati che vengono alla consultazione, misurante 15 metri per 15; Uffizio d'iscrizione.

c) Laboratorio, vasto, bene rischiarato, con impianto a gas.

d) Sala di operazioni, costruita senza lusso esagerato e secondo le regole più severe dell'asepsi; eccellente illuminazione; impianto elettrico, capace di dare luce, calore e movimento.

e) Sala speciale per gli ammalati della consultazione esterna, per i lavacri del naso, degli orecchi, del faringe e per le polverizzazioni.

f) Sala per la sterilizzazione del materiale di medicatura, per il lavaggio e la sterilizzazione degl'istrumenti durante la consultazione; deposito delle medicature.

g) Sala da servire di camera oscura per l'esame dei seni, e di camera silenziosa per l'acumetria, l'ascoltazione, ecc. In detta sala sono disposti 4 scaffali con gl'istrumenti catalogati per il naso, l'orecchio, la bocca, la faringe e la laringe; chirurgia; elettricità.

h) Sala per gli esami, assai spaziosa, misurante non meno di 15 metri su 13. All'intorno sono disposti:

1. 11 posti per il direttore, gli assistenti e gli allievi.

2. Sui lati, la Farmacia con i medicamenti e le sostanze di uso ed uno impianto per la pulitura rapida degl'istrumenti.

3. Degli scaffaletti per gli Archivii.

4. Sulle mura, tavole e modelli a getto per le dimostrazioni.

Al secondo piano sono:

a) Due sale per ammalati: *Sala Itard*, per gli uomini, con 16 letti, e *Sala Isambert*, per le donne con 14 letti. Dette sale sono vaste; bene aereate; i pavimenti sono a paraffina; di sera sono rischiarate a gas.

b) Una sala di aspetto ed un'altra di medicazione per gli operati allorchè si levano.

c) Locali per la biancheria cucina, la stanza della sorvegliante.

Il personale sanitario si compone del Capo di servizio, di un assistente, di un interno e di esterni. L'assistente ha nomina per 2 o 3 anni, supplisce il Direttore quando è assente: è a lui che, allora, incombe la responsabilità del servizio. L'interno e gli esterni sono reclutati come negli altri servizii generali; essi cambiano ogni anno, di modo che al loro arrivo le loro conoscenze sono rudimentarie, ma essi sono i veri aiuti, *benevoli*, degl'infermi.

Il personale ospedaliero è così composto: una sorvegliante e due infermieri, dei quali uno fa da vegliatore, una da vegliatrice ed uno da sterilizzatore.

I malati sono reclutati direttamente e provengono da tutti i quartieri di Parigi, senza limite di circoscrizione.

La consultazione ha luogo tre volte alla settimana: 30 a 40 ammalati nuovi si presentano ogni volta. Ogni ammalato, al suo arrivo, si fa iscrivere all'Ufficio d'iscrizione, il quale rilascia una marca di riconoscimento che esso conserva, ed un'altra di osservazione che rimane negli Archivii.

Egli passa allora, secondo il suo turno, nella sala di esame, dove è interrogato dall' assistente. Questi fa la scelta dei casi facili e difficili, riserva gli ultimi per il Direttore o per lui, ripartisce gli altri fra gli aiuti a secondo della loro competenza.

Le osservazioni sono raccolte dagli allievi e sottomesse al direttore o all' assistente, che stabiliscono la cura.

Tutte le grandi operazioni sono praticate dal direttore o l'assistente; le medicazioni sono per la maggior parte lasciate agli scolari.

Le medicazioni e gli esami sono praticati dagli allievi con tali regole, che ogni difetto di asepsi è evitato; il malato, in fatti, va egli stesso a prendere dalla Farmacia della sala un piattello sul quale sono posti gl' istrumenti sterilizzati necessarii al suo esame e gli oggetti di medicatura ch'egli porta all' allievo incaricato della cura.

I malati ospedalieri sono quelli affetti da mali acuti: sono malati nei quali un intervento attivo è stato giudicato utile: essi si trovano all' ospedale e non all' ospizio!

Tutto sommato, Parigi si trova oggi dotata di una Clinica-modello, dove i medici potranno recarsi, egualmente che a Vienna ed a Berlino, per completare la loro istruzione ed educazione da specialisti.

Con non minore compiacimento abbiamo letto nel fascicolo di maggio, corrente anno, del giornale « *The Laryngoscope* » un'altra splendida relazione del dott. Gordon King, della Nuova Orléans, sulla Clinica di Bordeaux diretta dal prof. Moure.

Lasciando stare la descrizione dei locali, che sono bellissimi, ma forse, troppo angusti per i bisogni dell' ampio movimento di pazienti e discenti, rileviamo che il corso di Oto-rino-laringologia non solo è obbligatorio, ma reclama un esame speciale. Esso dura nove mesi dell' anno, rimanendo la Clinica aperta 5 giorni della settimana, dalle 9 alle 12 m.

Dai registri si rileva che dal 1° gennaio 1897 al 25 novembre dello stesso anno furono fatte 8685 consultazioni, cioè 5124 per l'orecchio e per il naso e 3561 per la laringe. Il numero degl' infermi che, in media, frequenta quella Clinica, è di 2500 a 2600.

La Clinica è corredata di illuminazione a gas e di elettricità, la quale serve pure come forza motrice e per la caustica; e con piacere possiamo noi soggiungere che da qualche mese alla Clinica sono provvisoriamente aggiunti dei letti, in attesa che sia costruito il Padiglione votato dal nuovo Consiglio Municipale.

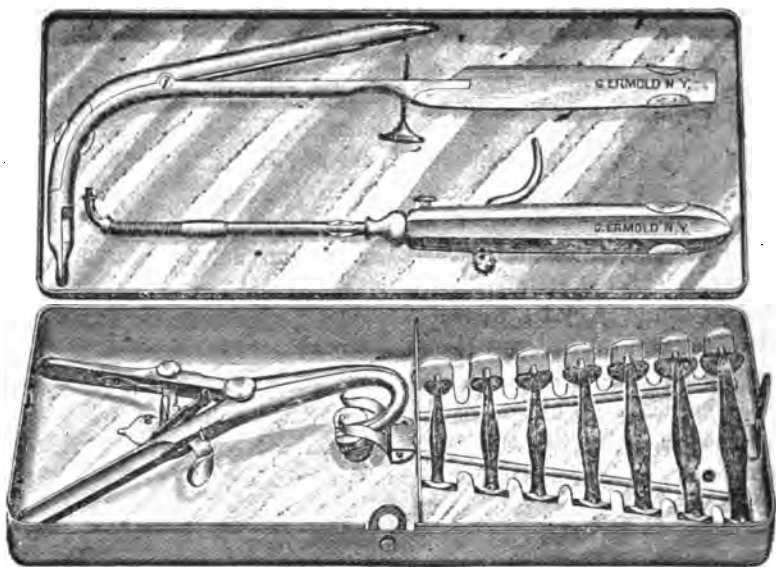
Quando si pensa ai sussidii che in Francia riceve questo importante insegnamento, v'è perfino da meravigliarsi come in Italia, col solo buon-volere degl' insegnanti ed il vasto materiale, forse non inferiore a quello delle Cliniche estere, l' insegnamento di queste branche non possa dirsi scadente; ma è fuori dubbio che, se fosse preso in maggior considerazione

ed adeguatamente incoraggiato, non rimarrebbero che le rivalità di un' alta e nobile emulazione.

***

Nel fascicolo di gennaio, a proposito di una interessante recensione sopra uno degli ultimi lavori del compianto O' Dwyer (la intubazione prolungata), accennammo ai nuovi tubi proposti dall'A.; tubi di vulcanite con anima di metallo, a fine di evitare possibili incrostazioni.

Questi tubi, grazie alla squisita gentilezza del fabbricante sig. Ermold di New-York, sono già nelle nostre mani, e ci pajono davvero i migliori di quanti siano stati fabbricati ed ideati sino ad oggi. Ne riproduciamo la figura



e li raccomandiamo ai praticanti, i quali potranno rivolgersi al signor George Ermold, fabricante di strumenti chirurgici, 312-314 East Twenty-Second Street, in New-York.

***

Questo fascicolo contiene 4 pagine di meno per compensare le eccedenti di quello di aprile.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. F. MASSEI

PARTE ORIGINALE

Fibroma peduncolato (polipo fibroso) della lingua

NOTA CLINICO-ISTOLOGICA

pel Dott. Giulio Martuscelli, Assistente

(con una tavola)

Pochi giorni dopo la pubblicazione del lavoro sul «*Sarcoma della tonsilla linguale*» (1), mi veniva inviato da mio cugino, Dottor Alfonso Martuscelli, un tumore da lui asportato, perchè ne facessi l'esame microscopico. Il neoplasma era impiantato sul dorso della lingua ed era peduncolato: la sede e la forma non comune di esso sono già sufficienti perchè se ne tratti di proposito; aggiungansi a ciò alcune particolarità istologiche.

Avendo ottenuto, per la cortesia di mio cugino, cui rendo quì le maggiori azioni di grazie, le notizie storiche dell'ammalata, m'è possibile esporre uno studio completo di questo caso; però credo bene di affermare in antecedenza che, pubblicando questa *Nota*, intendo solo di portare il mio modesto contributo alla casuistica di cosiffatti rari tumori. La storia è la seguente.

***

A. C., da Napoli, donna di casa, di circa 40 anni, si presentò alla osservazione, la prima volta, nel passato mese di giugno. Non ebbe nella sua infanzia e nell'adolescenza affezioni degne di nota: mestruò a 15 anni e d'allora i mestrui si sono seguiti regolarmente; ha una sorella e due fratelli, tutti in buona salute e più giovani di lei; il padre morì in età di 70 anni, di pulmonite; la madre a 40, di carcinoma uterino. Maritatasi in età giovane, contrasse la sifilide ed abortì per due volte consecutive: fu in seguito ammalata di endometrite; ne guarì, ed ebbe

(1) Prota e Martuscelli. — Sarcoma della tonsilla linguale (v. il fascicolo precedente).

poi due altri figli che presentemente sono viventi e sani. Da cinque anni è affetta da bronco - alveolite ed è stata, varie volte, per quanto leggermente, emottoica. L'esame dello espettorato è stato negativo pei bacilli di Koch.

Or son dieci anni, masticando del pane, le capitò la lingua tra i denti, producendosi una piccola lesione di continuo sul margine laterale destro e nella metà anteriore di essa: benchè la donna ne avesse risentito poco dolore, pure si accorse che la piccola lesione non solo non era guarita, ma che vi era cresciuta su una prominenza della grandezza di un acino di canape. Questa, sino a circa 10 mesi fa, non le ha dato la benchè minima molestia; quando, in breve tempo e senza causa apprezzabile, cominciò a crescere rapidamente, sì da raggiungere, in due mesi, quasi il volume di una noce. In tali condizioni chiede di essere operata.

L'inferma, di costituzione debole ed assai linfatica, presenta la pelle molto sottile e di colorito leggermente terreo; le mucose congiuntivali e del labbro pallide, il pannicolo adiposo scarsissimo: la digestione è spesso difficile e le funzioni intestinali non si compiono sempre normalmente. Le glandole latero cervicali ed inguinali sono ingorgate. Sulla lingua si osserva un tumore, della grandezza precedentemente notata, a forma di pera, col suo peduncolo allungato e rotondo, che si inserisce sul dorso dell'organo, un pò indentro del suo margine destro e quasi al cominciamento delle papille circonvallate. Il tumore è di un colorito rossastro ed ha superficie liscia, percorsa da varie strie longitudinali di colore poco più fosco di quello della rimanente massa neoplastica. La sua consistenza è duro-elastica; pigiato fra le dita, non provoca dolore; il parlare, però, è inceppato, la masticazione riesce penosa.

***

Operazione e diario post-operatorio. — Essendo il neoplasma peduncolato, fu allacciato fortemente con seta antisettica e reciso con forbici curve. L'ammalata avvertì poco dolore per la operazione. Il peduncolo cadde dopo due giorni, durante i quali la lingua si tumefeçe alquanto, insieme alla tonsilla del lato corrispondente, ma al quarto, il volume ridiventava normale, e residuò solamente una soluzione di continuo di pochi millimetri: questa guarì pure subito, di modo che in capo ad una settimana fu dimessa l'inferma, essendole stati prescritti, sino allora, semplicemente gargarismi con una soluzione borica.



Ed ora, poche altre parole sull'esame macroscopico del tumore. Esso fu fissato, non appena asportato, in alcool assoluto; è perciò che, quando mi venne esibito, presentavasi un pò avvizzito e percorso, per la sua superficie, da solchi poco pronunziati: vi si notavano, dippiù, le differenze di colorito già cennate nella storia. Per esaminarne l' interno, lo divisi in due metà con un taglio longitudinale. La superficie di sezione si mostrava di diverso colorito: non però a strie, come si vedea allo esterno, bensì divisa in due metà uguali: l'una bianchiccia (v. fig. 1ª b), l'altra rosso-bruna (v. fig. 1ª c). Un margine netto, invero, non separava queste due parti; ma l'una si confondeva con l'altra per una leggera sfumatura, di modo che se ne rendeva quasi insensibile il passaggio. Inoltre, la superficie di sezione si presentava quà e là scavata da tanti infossamenti, di varia forma e grandezza, tutti molto superficiali; e questi non mostravano, poi, nulla di rilevante (v. fig. 1.ª a).

La superficie del tumore aveva un rivestimento completo, che alla sezione appariva abbastanza spesso, differenziandosi dalla massa neoplastica pel suo colorito più scuro.



Esame microscopico. — Onde inviare subito il reperto chiestomi, eseguii varii tagli a mano, i quali, per la struttura compatta del tumore mi riuscirono tanto buoni, da permettermene uno studio dettagliato e di ritrarne il disegno: ho creduto, nondimeno, opportuno procedere in seguito alla inclusione di alcuni pezzetti in paraffina, per meglio verificare, sui tagli a microtomo, i caratteri già prima osservati; ma non v'ebbi a notare alcuna differenza. Le colorazioni praticate furono soltanto quelle alla ematossilina o ematossilina ed eosina, e, come appresso riferirò, quelle speciali per la sostanza amiloide. Riassumo, per non eccedere i limiti di una nota, i caratteri istologici dei varii preparati eseguiti.

In tutti si nota un rivestimento epiteliale completo, pavimentoso stratificato; lo strato corneo è molto spesso, e così pure sviluppato si presenta quello di Malpighi: gli elementi cellulari sono ben conservati e non vi si notano forme di mitosi, nè quelle di disgregamento nucleare. Il limite interno dell'epitelio presenta leggiere insenature, ove si insinuano poche e piccole

papille. Lo stroma del tumore è costituito da un connettivo a fasci piuttosto grandi ed ondulati; ma questi fasci sono di aspetto più o meno omogeneo, essendo difficile discernervi le fibre che li compongono. Immediatamente al disotto del rivestimento epiteliale, le fibre connettivali sono molto più sottili, leggermente flessuose e meno omogenee. Fra esse decorrono vari vasellini linfatici, le cui sezioni sono, quasi tutte, in senso longitudinale (v. fig. 4.ª d).

Dippiù, in certi punti, le fibre si allargano e gli spazii così formati sono riempiti da elementi del sangue, in vario grado di conservazione (v. fig. 4.ª c). Queste diffusioni sanguigne sottoepiteliali sono piuttosto piccole e si terminano irregolarmente nel connettivo; si rinvengono, in prossimità delle stesse, alcuni vasi di grosso calibro con pareti complete (v. fig. 4.ª e); invece, è più facile incontrarvi vasi a piccolo calibro, con muscolare più o meno omogenea (v. fig. 4.ª b, f). È pure da notare la presenza di gocciole di grasso, isolate od a gruppi di due, di cinque o poco più, che si trovano sparse raramente nello stroma del tumore (v. fig. 4.ª a, g). Negli strati più profondi si modifica tale struttura, diventando assai più numerose le emorragie parenchimali, che si debbono addebitare alla rottura delle pareti di alcuni grossi vasi, al centro del tumore; rottura a sua volta assai probabilmente causata dalla perduta elasticità delle pareti vasali in seguito alla degenerazione amiloide delle stesse.

Sono, quì, più numerosi i vasi a piccolo calibro, alcuni ripieni di sangue e più abbondanti le cellule di grasso, sempre rimanendo a gruppi isolati, ognuno dei quali composto di poche cellule.

Questo è, in breve, il reperto istologico; la differenza, poi, fra le porzioni b e c (v. fig. 1.ª) del neoplasma, è che nell'ultima sono tanti gli stravasi di sangue, da assumere il predominio tra le note microscopiche: i preparati eseguiti in corrispondenza degli infossamenti notati sulla superficie di sezione (v. fig. 1.ª a), non han fatto rilevare membrana limitante od altro degno di nota.

Ho potuto, poi, osservare, così nella *m. media* dei vasi come, nelle fibre del connettivo, una modificazione perfettamente jalina che ha mostrato le speciali reazioni della sostanza amiloide; ed è perciò che ho voluto, su diversi preparati, sperimentare tutte quelle reazioni che si ritengono caratteristiche di una tale sostanza, e propriamente le seguenti:

1.° Ematossilina ed eosina.

2.° Safranina.

3.° Soluzione di Lugol allungata col 25 % di glicerina.

4.° Metilammina o metilvioletto.

5.° Verde di jodo.
6.° Violetto di genziana.
7.° Colorazione di Birch-Hirschfeld.
8.° Colorazione di Gieson.

Ognuno di questi metodi mi ha mostrato, in realtà, le colorazioni e le reazioni dell'amiloide. Ho esaminato pure alcune sezioni chiuse in glicerina, senza colorazione.

La ricerca è riuscita molto più affermativa nelle parti del tumore che avevano un colorito rosso-scuro, ove, in altri termini, esistevano emorragie parenchimali; poichè, come si è rilevato, quivi sono più numerosi i vasi, ed inoltre anche le emorragie hanno assunto le speciali colorazioni. Del resto, ecco quanto ho notato: nei preparati senza colorazione e chiusi in glicerina si osservano parecchi vasi di varia grandezza, i quali presentano tutti un aspetto omogeneo, vitreo, della loro parete, che è rifrangente (v. fig. 2.ª a); in essa non si nota rigonfiamento, o tutto al più, di modico grado. Anche abbastanza omogenee e rifrangenti si mostrano alcune fibre del connettivo e più quelle che limitano le diverse emorragie nel tessuto. Così, nei preparati alla ematossilina ed eosina si nota che la degenerazione, nei vasi, colpisce maggiormente la media (v. fig. 3.ª b) e meno l'avventizia: l' intima è tuttora esente da alterazione, oppure un pò proliferata (v. fig. 3.ª a). Questi vasi, alla colorazione al violetto di genziana, assumono una tinta rosso-rubino non molto intensa, ma netta; così pure col verde di metile. Una bella reazione delle tuniche vasali degenerate si ottiene col metodo di Gieson. Una intensa tinta rosso-rubina col violetto di genziana e col verde di metile l'assumono i preparati in corrispondenza delle emorragie, e meglio ove gli elementi ematici sono più disfatti. In mezzo a queste emorragie si osservano corpi omogenei, piccoli, rotondi od ovalari, i quali mostrano le stesse reazioni della sostanza amiloide; non è possibile, però, riconoscervi una stratificazione, forse a causa della loro piccolezza.

***

La prima osservazione e descrizione di fibroma della lingua risale al 1855 ed appartiene al Waterhouse di *Exeter* (*Maine*) (1).

---

(1) Riporto piuttosto per disteso i due primi casi, tra i pochi che ho potuto trovare nella letteratura, perchè molto interessanti, benchè da diverso punto di vista.

Si trattava di un giovanetto sedicenne che da tre anni si era accorto, per la prima volta, di questo tumore. Esso era duro, un pò elastico e nettamente limitato in avanti; aveva sede sulla faccia dorsale ed a destra dell'organo: indietro si confondeva con la muscolatura linguale. Grossi vasi dalla faccia posteriore si riversavano sui lati del tumore: del resto la mucosa era sana, benchè assai tesa. L'operatore passò un uncino in mezzo al tumore, dopo aver fissata la lingua per l' apice con un filo da legatura; fece due tagli semilunari e così distaccò la parte anteriore del tumore: la posteriore dovette essere dissecata. L'arteria linguale fu recisa e sanguinò abbondantemente. Il tumore fu subito tolto e l'arteria presa in una pinza ed allacciata con difficoltà a causa della profondità della lesione e della direzione dell'arteria. Guarigione in 15 giorni. Il tumore era di forma ovoidale, lungo 2 $^1/_2$ pollici e largo $^3/_4$ di pollice: pesava 22 grammi. L'esame microscopico mostrò che era di natura fibrosa e solamente circondato dalle fibre muscolari, le quali non erano lese. La sua parte centrale conteneva qualche traccia di tessuto grasso ed aveva colorito brunastro. Non presentava caratteri di malignità.

Il Pooley nel 1870 osservò una giovane di 23 anni, che aveva un tumore il quale le impediva la respirazione e la deglutizione e dava luogo di tempo in tempo ad emorragie inquietanti. L'ammalata pallida, anemica, ma con uno stato generale soddisfacente, raccontava che da circa un anno s'era accorta di un ostacolo nella gola, al quale sino allora non aveva fatto troppo attenzione. L'autore potette, deprimendo la lingua, facilmente distinguere, verso la base di quest'organo, una prominenza arrotondita, lucente formata da un tumore del volume di un uovo di piccione. Col dito introdotto nella bocca riconobbe che questo tumore era fisso, duro, incompressibile ed impiantato, almeno in parte, alla base della lingua, poichè era così sviluppato, che anche con due dita non gli fu possibile di circoscriverne la base od il suo peduncolo, il quale sembrava assai largo ed egli dubitava che, in parte, non si prolungasse verso il laringe. Questo tumore non era sessile, ma presentava un peduncolo assai largo, benchè distinto.

L'ammalata col tempo non potette ingoiare cibi solidi, ed il tumore, pur non causando che un leggero ostacolo alla respirazione ed alla fonazione, avea provocato tre emorragie assai gravi, le quali, in seguito, si ripetettero in tanta abbondanza, da determinare delle sincopi. L'operazione fu sempre rifiutata : quando le cose peggiorarono talmente da far temere imminente

una risoluzione fatale, la giovanetta consentì e fu operata. Il Pooley aveva portato con sè un *écraseur* lineare, la cui estremità aveva ricevuto una curva appropriata al caso attuale. Dopo parecchi tentativi pervenne a prendere il tumore nell'ansa di filo ed impresse qualche giro di torsione al gambo dell'istrumento; ma il peduncolo era talmente largo e duro, che il filo si ruppe per tre volte: tolse l'istrumento e lo caricò con un filo due volte più spesso del precedente; ma presto pure questo si ruppe e potette fortunatamente riattaccare i due capi e ricominciare la manovra, che portò alla ablazione del tumore.

Questo aveva la grandezza di un uovo di piccione ed era regolarmente arrotondito. Il suo peduncolo aveva un pollice di diametro e si vedevano sulla mucosa alcune piccole fessure, stellate, le quali erano, secondo tutte le probabilità, il punto di partenza delle emorragie così spesso ripetute. Esso era formato da un tessuto fibroso, denso, che somigliava esattamente, sia per la struttura, che per i sintomi, al tessuto fibroso dell'utero.

M. Fitts (1872), avendo avuto un caso di tumore fibroso della base della lingua ed avendo letto il lavoro di Pooley, fu spinto a ricercare gli esempii di una affezione che gli sembrava tanto rara, quanto curiosa pei suoi sintomi. Si trattava di una giovane di 30 anni che presentava alla base della lingua ed alla linea mediana un tumore della grandezza di un'avellana. Non dolore, non disfagia, non dispnea nè emorragie. Il tumore era duro, incompressibile, immobile, sessile, o, se peduncolato, il peduncolo era assai largo per non poterlo rimuovere. Fu operata da Biegelow l'anno dopo, con l'*écraseur*, in massa; allora era grosso quanto un uovo di piccione e fu diagnosticato-fibroma.

Il Blanc (1884) riporta di un fibro-mioma asportato dalla base della lingua dal Poncet.

L'Albert (1885) vide un polipo fibro-lipomatoso, pendente dal bordo destro della lingua, giungere fin nel faringe, donde si poteva facilmente attirare con un dito.

Il Bergmann (1888) riferisce, fra gli altri, di un tumore «*di una specie rara e di volume insolito*», osservato in un uomo di 50 anni, situato alla base della lingua. L'operazione fece rilevare tra i muscoli linguali un fibroma lobulato che oltrepassava il volume di un uovo d'oca. Una semplice sezione, a livello della linea mediana del dorso della lingua, non bastò per l'operazione del tumore, aderentissimo al setto, ma ci volle una seconda incisione a livello della regione sottojoidea.

Il Wincent (1889) riferisce un caso di papilloma fibroso in un fanciullo di 2 mesi; il tumore, che pareva una lingua sovrap-

posta, era assai più spesso della lingua normale ed era attaccato ad essa per una escrescenza largamente peduncolata.

M'Weeney nel 1893 presentò all' Accademia Reale di Medicina di Irlanda un fibro-mixoma della lingua; tumore incapsulato, giallastro, traslucido, quasi del volume di una nocciuola senza guscio, tolto dalla lingua di un uomo a 23 anni. Il tumore fu estratto facilmente non avendo aderenze col tessuto vicino; l'A. rileva la rarità di questo genere di tumori della lingua.

Ecco alcuni trattati speciali che accennano a questa lesione.

Il Cooper, nel suo dizionario di Chirurgia, all'articolo *«lingua e sue malattie»* fa la descrizione di un tumore circoscritto ed occupante la parte media di quest'organo; ma da questa descrizione non è possibile formarsi un concetto della natura del tumore.

Il Paget riferisce di un tumore ovalare, bilobato, di circa un pollice di diametro ch'egli aveva tolto dalla lingua di una giovinetta. Il tumore era situato nella sostanza stessa dell'organo, presso la punta, e la sua apparizione rimontava a tre anni. Era formato da un tessuto celluloso mal determinato, in mezzo al quale esistevano numerosi nuclei.

Il Gross (*System of Surgery*) dice che i tumori di tessuto fibroso o cellulo-fibroso si incontrano qualche volta nella lingua, sia alla superficie, sia nel tessuto dell' organo: essi hanno in generale una forma arrotondita od ovoidale, consistenza dura, sono indolenti ed a decorso molto lungo. Quando occupano la superficie della lingua rassomigliano a veri polipi e sono il più spesso sospesi per mezzo di un peduncolo stretto e delicato. In alcuni casi i tumori fibrosi della lingua sono congeniti.

George Duncan Gibb rileva che nel maggior numero delle nostre opere classiche si fa poco, o niun cenno dei tumori che hanno origine nella lingua stessa, benchè se ne siano osservati e se ne osservino tuttora dei casi. Cita il caso di Paget ed una osservazione personale di un tumore della base della lingua, a sinistra, bilobato, grosso come una piccola palla, in una donna. Aggiunge un caso di tumore congenito.

Il Butlin dice che questi tumori sono poco più comuni dei tumori grassi della lingua, con cui hanno molti punti di rassomiglianza. Sorgono in gran parte negli adulti, ma possono essere accusati primitivamente nell'infanzia e possono essere congeniti. Sono situati con più frequenza sul dorso e sempre in avanti della radice della lingua. Possono riscontrarsi come un unico tumore; ma è possibile vederne due o tre, ciascuno separato da un distinto intervallo o inseriti l'uno accanto all'altro. È proba-

bile che i fibromi, come i lipomi, comincino nella sostanza dell'organo, ma, come crescono, assumono spesso una forma polipoide, e sotto questo aspetto vengono descritti come polipi fibrosi della lingua. Essi crescono molto più lentamente dei mixomi, e dopo molti anni un fibroma può essere grande appena quanto una noce. Il Butlin ammette come *assai rara* la varietà dei fibromi duri; dice che sono spesso della varietà più molle dei tumori fibrosi, e possono mostrare fluttuazione. Quelli situati più profondamente sono più difficili ad essere diagnosticati; sono generalmente (questi ultimi) rotondeggianti; ma possono essere pure lobulati. Non danno, per lo più, altro inconveniente che la molestia nel parlare e nel deglutire, e perciò inducono gli ammalati a liberarsene. Quanto a diagnosi, non è sempre libera da difficoltà Il tumore può esser preso per una cisti, e l'errore è solamente rettificato con una incisione; ma anche allora qualche dubbio può rimanere. Il trattamento è precisamente simile a quello raccomandato per i tumori grassi; togliere via le masse polipoidi ed enucleare quelle che sono più profondamente situate, mediante incisione.

Il Broca dice che i fibromi sono rari, però meno dei lipomi, e più frequenti nell'adulto. Stanno di solito alla faccia dorsale della lingua e più spesso *alla base*. Riporta l'opinione del Butlin ed accenna al caso di Albert. Istologicamente si ha il fibroma *puro* (denso o molle) ed il fibroma *misto*; fa menzione del fibro-lipoma e del fibro mioma (Poncet); fa pure menzione della degenerazione jalina (Ziegler, Zahn). Distingue i fibromi sessili dai peduncolati, i quali ultimi possono raggiungere un grosso volume e, quando trovansi alla base, riempire più o meno il faringe, riversandosi perfino sulla epiglottide (Pooley). In altri casi il decorso è latente ed il tumore si scopre per mera combinazione, come avvenne a Fitts, che lo scoprì in una ispezione fatta in caso di angina. Riferisce, inoltre, i metodi operativi.



Relativamente poi alla degenerazione amiloide, ve ne sarebbe una sola osservazione (Ziegler). I casi raccolti in questa scarsa letteratura sono pochi: è possibile pure che qualcuno sia sfuggito alla mia ricerca; ma è tuttavia certo che questi casi rappresentano ancora delle rarità.

Parecchi tra questi ora citati non sono dei fibromi puri; ve n'è di fibro-lipomi e fibro-miomi, nè tutti sono peduncolati: quanto a sede, contrariamente a quello che asserisce Pooley

sono molto più della base della lingua, appartenendo alla metà anteriore di essa solamente la osservazione di Paget e la mia. Un carattere comune a diversi è la durezza, enorme in quella del Pooley, e possibili ad avverarsi sono le emorragie.

Dal canto mio, le emorragie varie volte notate nella inferma, di cui ho trattato, non possono addebitarsi al tumore, bensì alla lesione pulmonale: ciò dico pur tenendo conto degli innumerevoli versamenti ematici notati al microscopio. Ed, invero, quelle si manifestarono da cinque anni a questa parte, mentre il tumore crebbe solamente nei due ultimi mesi.

La genesi traumatica è evidente nel mio caso; così pure, come ammette Butlin, il tumore da me esaminato in principio era centrale: crescendo, si è enucleato e peduncolato. Il decorso clinico in tutti i tumori di cui si è trattato è stato sempre di varii anni ed i più non hanno causato disturbi rilevanti; l'età in cui si sono manifestati varia dai 16 ai 50 anni; e, pel sesso, li troviamo tanto negli uomini che nelle donne. L'operazione potette esser sempre fatta per le vie naturali ed ebbe, in tutti, esito felice; non si sono avute notizie di recidive.

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

a b c d

e f g

Sul cronico catarro tracheale emorragico

Nota clinica del prof. F. Massei

(con una tavola)

Da qualche tempo la mia attenzione è stata richiamata su di una forma morbosa la quale, per il carattere autonomo che riveste ed i sintomi allarmanti che determina, ha una grande importanza nella pratica: voglio dire di un *catarro cronico* che si localizza e circoscrive nella *trachea* e si annunzia con *emorragie* più o meno rilevanti e più o meno frequenti. È appunto perciò che lo chiamo, nella forma più genuina, *catarro tracheale emorragico.*

« *Sanguinem superne quidem efferri, qualiscumque sit, malum* » disse Ippocrate, ed anche per chi non sappia codesto aforisma, è fuori dubbio che la vista del sangue allarma infermi e parenti.

Se l'emorragia è copiosa e si ripete, se il paziente si accorge che dimagra, le apprensioni aumentano, e spesso lo specialista per le malattie della gola è consultato da soggetti sparuti, esauriti, nevrastenici, che si credono tisici ed irreparabilmente devoti a morte.

Nondimeno l'esame toracico è negativo; non v'ha febbre, nè sudori: la laringe è sana, normale perfino il colorito della mucosa, e sol quando si lascian fare all'esaminando delle profonde inspirazioni, si è singolarmente colpiti dalla ricca vascolarizzione del primo tratto tracheale.

Se l'emorragia è recente, qualche grumo di sangue, più o meno voluminoso, per lo più allungato come una sanguisuga (v. la tavola, fig. c.) si può sorprendere in quella stessa regione: il bianco colore degli anelli cartilaginei contrasta vivamente con l'arborizzazione vascolare, una vera rete, le maglie della quale talora sono disposte circolarmente, parallele a ciascun anello (v. la tavola, fig. a), tal'altra in modo da costituire un vero plesso, superficiale, rappresentato da vasellini venosi, che partendo dal 4° o 5° anello, od anche più giù, convergono verso la regione ipoglottica (v. la tavola, fig. b). Qualche fiata la convergenza di questi

rami venosi, che possono essere abbastanza sviluppati, si fa in modo da imitare, fedelmente un V, con apice in alto; ma costantemente quelle varici ascendono verso la superficie inferiore delle corde vocali, come tanti confluenti che vanno alla foce.

L'emorragia si manifesta ad accessi, separati da intervalli più o meno lunghi; dura però sempre alcuni giorni e può essere rilevante. Da pochi sputi, la quantità di sangue può ascendere a parecchi centimetri cubici (30, 50, 100 e più) nel corso del giorno; ma il triste fenomeno suol ripresentarsi dietro una occasione: un riacutizzamento del catarro, uno sforzo della voce, esercizi muscolari, eccessi nel fumo o nei liquori, respirazione di atmosfere viziate ecc.

Se si pratica l'esame laringoscopico in un momento di calma, si constata sempre integrità, o quasi della laringe; vascolarizzazione cresciuta nel tratto ipoglottico, meno marcata che nella fase acuta; ma le varici risaltano all'occhio dell'osservatore ancora meglio, perchè più spiccato è il loro contrasto con la rimanente mucosa pallida e la linda bianchezza degli anelli cartilaginei trasparenti al di sotto.

Spesso passano lunghi intervalli fra un accesso ed un altro; la euforia riconduce la calma; il paziente risorge a vita nuova, acclama il medico, benedice la medicina; ma se il sangue ritorna, ricade in uno scoraggiamento assai peggiore, perde la fede in colui che lo cura, abbandona le occupazioni, si isola, e se la fortuna lo assiste ed il sangue non ricompare, torna un'altra fiata a vita nuova e finisce per persuadersi che non è mai stato, nè è tisico.

Ecco tracciato, in poche linee, il quadro dell'affezione, della quale a me non è riuscito trovar traccia nei libri di testo, e che pure, per la sua autonomia merita considerazione. È certamente da meravigliare come un processo morboso, tanto evidente, sia sfuggito all'attenzione dei clinici; ma non è men vero che il precisare il punto di partenza del sangue in caso di emorragia dalle vie del respiro, sia un dato non disprezzabile per una esatta diagnosi, soprattutto quando l'ascoltazione del petto è negativa.

Per completare, nel termine più breve, la storia patologica di questa entità morbosa, ora che ho detto dei principali sintomi e del reperto tracheoscopico, io credo un dovere di tratteggiare i seguenti paragrafi.

Quali sono i dati che ci autorizzano a diagnosticare un catarro tracheale emorragico.

Qual'è il principale errore che conviene schivare nella diagnosi.

Se vi siano speciali condizioni, che favoriscono e spiegano questa forma morbosa.

Quale è il trattamento più adatto.

1) *Quali sono i dati che ci autorizzano a diagnosticare il catarro tracheale emorragico?*

Potrei rispondere che sono tre: l'esame negativo del petto; l'analisi batterioscopica negativa pei bacilli di Koch; il reperto tracheoscopico positivo.

A questi principali, altri elementi secondarii si aggiungono (la quantità del sangue, una speciale sensazione di vellichio nella gola, la qualità e frequenza della tosse, l'apiressia) dei quali pure discorrerò brevemente.

Esame negativo del petto.—È un dato assai importante, e dire della diligenza che reclama codesta ricerca, non mi pare necessario, malgrado la difficoltà di carpire certi fenomeni in caso di incipiente alveolite, che sarebbe il principale errore da schivare.

Ma poichè mi propongo parlarne separatamente, basterà raccomandare grande prudenza nel pronunciarsi e necessità assoluta di un accorto e ripetuto esame stetoscopico e plessimetrico.

L'*esame batterioscopico dell'espettorato* è un altro elemento di grande valore; s'intende, non in termini assoluti, tenuto conto di quello che la pratica c'insegna, cioè della possibilità che, in incipienti alveoliti, bacilli non si trovino. Ma prima di affermare il catarro tracheale emorragico, è indispensabile che questo esame sia fatto, più volte ripetuto e dia sempre, con costanza, risultamenti negativi.

Reperto tracheoscopico.—Ho già detto quale esso è, in emergenza simile; aggiungerò ora che per utilizzare questo dato si richiede una certa pratica del laringoscopio ed una buona illuminazione. Nelle profonde inspirazioni, si vedono i vasi varicosi, disposti nel modo come ho descritto e tanto più spiccatamente, quanto meno iperemica è la mucosa degli spazii intercartilaginei.

Con codesti dati collimano taluni altri fenomeni.

30, 40, 50 cc. di *sangue*, rappresentano una quantità non trascurabile; ma non eguale a quella che, d'ordinario, si verifica nelle vere broncorragie. Affermando codesto fatto, io non in-

tendo negare, in modo assoluto, che in *taluni casi* la quantità di sangue provveniente dalla trachea possa essere rilevante, eguale a quella di una broncorragia; ma affermo che nella *maggior parte* è inferiore.

Le emissioni sanguigne d'ordinario si ripetono, il sangue vien fuori senza grandi sforzi di tosse, anzi con un certo sollievo, se l'infermo arriva ad espellere tutto quello che scende nelle vie inferiori.

Costante compagno di questo capitale fenomeno è un senso particolare di *vellichio* al giugulo, che persiste anche nella euforia, una uggia, un fastidio, che obbliga l'infermo ad espuire, molestandolo con una sensazione di qualche cosa in gola, che come corpo estraneo, debba essere esclusa.

La *tosse* è superficiale, secca, ma non molto frequente negl'intervalli; durante gli accessi è in ragione diretta della quantità di sangue che dev' essere espulsa. Mai acquista quel carattere conquassante delle lesioni peri-bronchiali o di quei focolai di tubercolosi latente, che, alla fine, finiscono per spiegare un oscuro complesso fenomenologico.

Mai v'è *febbre*, tranne il caso di riacutizzamento catarrale; in questa eccezionale evenienza l' elevamento termometrico descrive un ciclo breve, nè la febbre periodicamente ricompare, come in quelle temibili forme di tubercolosi latente.

2) *Qual'è il principale errore che conviene schivare?*

Quello di affermare un semplice *catarro tracheale*, quando si tratta di *tubercolosi*, o viceversa.

Ho già detto che non basta un solo esame batterico ed ho rilevato le note, se non caratteristiche, significative del catarro tracheale emorragico. In generale la diagnosi è tanto più sicura, quanto maggiore accordo vi è fra i varii dati sui quali si fonda. Non si dimentichi che vi sono incipienti tubercolosi, ovvero focolai centrali di tubercolosi pulmonale, che neppure il più abile orecchio arriva a disvelare attraverso zone di tessuto sano; lesioni di triste indole, associate volentieri a catarri tracheali, causa ed effetti cospiranti a produrre egualmente emorragie.

Codesta considerazione c'impone delle riserve, ed il tempo, invero, è quello che finisce per riaffermare, nella sua interezza, il concetto diagnostico.

3) *Vi sono speciali condizioni morbose che ci rendono conto del perchè un cronico catarro della trachea possa prendere la forma emorragica?*

Nel rispondere a codesto quesito, mi lusingo di potere altresì spiegare la relativa frequenza di questa forma morbosa, o meglio il meccanismo onde più facilmente di un catarro laringeo, si produca quello della trachea.

L'estremo superiore dell'aspera arteria, che risponde alla regione ipoglottica, è il punto ove converge la colonna di aria espirata, quando ci disponiamo alla fonazione. Perchè, in condizioni normali, il suono si produca, è necessario che le corde vocali si ravvicinino, cioè chiudano la rima glottidea, lasciando appena uno spazio impercettibile, attraverso cui la colonna di aria espirata passa e diventa sonora.

Sicchè nel tratto ipoglottico, cioè in tutto lo spazio che risponde alla regione cricoidea, durante la fonazione (e maggiormente nel canto, negli sforzi, nella tosse ecc.), la pressione dev'essere maggiore, essendo quello il punto ove l'aria incontra maggiore ostacolo alla sua uscita.

Per poter poi seguire le corde vocali nei movimenti di adduzione ed abduzione, la mucosa di codesta regione è provvidenzialmente lasca: giudiziosamente il Masse ha fatto notare che la forma della regione ipoglottica varia nella fonazione e nella inspirazione; cilindrica, durante la prima fase, diventa cuneiforme durante la seconda, precisamente come un tubo di caoutchouc, che, schiacciato fra le dita, muta la sua forma da cilindrica in quello di un cuneo.

La mucosa lassa, generosamente vascolarizzata in quel punto (come è facile constatare grazie ai ripetuti esami di individui sani) è pure facilmente passibile d'infiltrazione. È risaputo che la sifilide, la tubercolosi, il rinoscleroma, il carcinoma, le flogosi acute ecc., prestano un largo contingente alla patologia di codesta regione, e basta prendere in considerazione i fatti da me brevemente esposti per convincersi che, dato il meccanismo fisiologico da me ricordato: 1) l'aria espirata col maximum della pressione, aumentata dalla *vis a tergo*, debba tradursi in uno stimolo continuo di quella parte dove fa remora, e 2) questa stessa eccedente pressione debba concorrere a slargare il lume dei vasi superficiali, rilasciandone le pareti.

Se dunque normalmente nella regione ipoglottica esiste una ricca rete capillare; se l'aria espirata rappresenta uno stimolo ininterrotto, più attivo in quella zona, noi possiamo agevolmente comprendere la genesi di un catarro localizzato quivi a

preferenza, la sua cronicità, e come facilmente assuma forma emorragica.

4) *Pronostico e cura.* — Se la diagnosi del catarro tracheale emorragico potrà essere fatta con tutta sicurezza, s'intende agevolmente quanto largo di promesse potrà essere il clinico. Il catarro persisterà, recidiverà, stenterà a risolvere, ma la vita dell'infermo non corre, per questo, pericolo alcuno.

Ed anche nella ipotesi delle facili ricadute, se il paziente si convince che il medico non ha mentito, finisce per tranquillarsi e perfino disprezzare il molesto fenomeno.

A *debellare* il quale, io ho avuto sempre a lodarmi del seguente metodo curativo.

Riposo della voce e del corpo, durante gli accessi emorragici, dieta tenue, cibi freddi e liquidi a preferenza, pezzetti di ghiaccio a succhiare, ergotina internamente:

Pr. Limonea idroclorica ad aspra acidità	gr.	300
Ergotina Bonjean	»	1
m.		

Per epicrasi nel corso del giorno.

Vinto il sangue:

1) blanda idroterapia, sotto forma di doccia Scozzese;

2) polverizzazioni in gola 4-5 volte al giorno, con:

Pr. Acqua distillata	gr.	100
Solfato di allumina	»	1/2
Cloruro di sodio puro	»	1
Acqua coobata di lauro ceraso	gocce	30
m.		

mediante un ottimo polverizzatore ad aria compressa.

Internamente, un po' di terpina ed acido benzoico:

Pr. Fiori di benzoe e terpina idrata	ana gr.	uno
f. c. dieci		

Due al giorno in ostia.

S'intende che l'infermo dovrà smettere il fumo, non abusare di liquori, di cibi eccitanti ed aromatici; eviterà la polvere e l'umidità, cioè farà tutto quanto occorre per mettere il primo tratto delle vie del respiro al coperto di tutto gli stimoli abituali, capaci di perennare il catarro.

Così, col tempo e la pazienza, ho visto definitivamente guarire infermi che erano andati molto giù, e veramente erano stati creduti tisici.

I tonici nella fredda stagione, l' aria di campagna in estate, completano il trattamento negli individui deboli; ma, come ho detto, il segreto per fare una buona *cura,* è quello di fare una *diagnosi* precisa.

Napoli, Luglio 1898.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

FINK dott. E.—*Sull'Epistassi neuropatica* (*Ueber neuropathische Epistaxis*

L'epistassi, dal punto di vista etiologico, suole essere ordinariamente distinta in due gruppi principali: l'epistassi traumatica e l'epistassi spontanea. La prima è così ben nota, che non vale la pena di soffermarvisi. La seconda comprende quelle emorragie che sono dovute a determinate condizioni costituzionali, ad alterazioni della crasi del sangue o dei vasi sanguigni. A questa categoria appartengono, sia l'epistassi che suole verificarsi nella leucemia, nello scorbuto, nel morbo maculoso di Werlhof, nonchè in certe malattie infettive, come il vajuolo, il morbillo, la scarlattina; sia l'epistassi che accade quando è difficoltato il deflusso del sangue venoso.

Oltre ai due cennati gruppi patologici principali di epistassi, gli autori menzionano un' altra specie di rinorragia, cioè quella che producesi vicariamente in vece della mestruazione, come pure l'epistassi che talvolta si osserva nella pubertà. Fino agli ultimi tempi, gli autori si sono ben poco curati di studiare il meccanismo di queste epistassi, contentandosi di qualificarle come « vicarie ». Stoerck fu uno dei primi a rilevare che il fattore causale di queste emorragie era ignoto. Alla sua volta, il Bresgen negò che possa verificarsi una epistassi vicaria quando l'interno della cavità nasale è in condizioni fisiologiche.

Eppure, dice Fink, nel fatto non può negarsi la insorgenza di epistassi vicarie. Codeste emorragie inoltre, secondo il suo modo di vedere, non sono inesplicabili, nè occupano un posto eccezionale nella Patologia. Esse appartengono alla categoria delle emorragie nervose, dovute ad un' azione sui vasomotori. Dopo che Parrot nel 1859 le ebbe, per il primo, descritte accuratamente, esse vengono oggi generalmente indicate come *emorragie neuropatiche*, benchè questa denominazione non calzi esattamente per tutt i casi di questa specie.

Così le osservazioni cliniche, come quelle sperimentali dimostrano con evidenza la possibilità che si verifichino tali emorragie a tessuto intatto ed a condizioni circolatorie normali. Così per es., le ricerche di Brown-Sèquard hanno dimostrato che una lesione violenta del ponte, in vicinanza dei peduncoli cerebellari, può provocare ecchimosi e finanche profuse emorragie nei pulmoni. Codeste emorragie si producono per l'intermedio delle radici e delle fibre nervose, che prendono origine dal primo ganglio della

porzione cervicale del simpatico. Altri autori, come Nothnagel e Vulpian, osservarono che stimolando altre parti del cervello, possono essere prodotte emorragie pulmonali. Nè sono rari i casi in cui nelle emorragie cerebrali dovute ad un'affezione a focolajo, si osservano pronunziate ecchimosi sulla pleura e sul pericardio. — Quanto all' esperienza clinica, basti menzionare i numerosi casi di isterismo, comunicati da autori degni di fede, nei quali occorsero, sopra un fondo prettamente neuropatico, emorragie da svariati organi, in individui che non avevano neppure l'ombra di un vizio organico. In fine, potrebbe essere ezlandio segnalato che queste emorragie neuropatiche talfiata si verificano in conseguenza di intensi patemi di animo. Drouault comunica numerosi casi di questa specie osservati da molti clinici francesi.

Per ciò che concerne in ispecie il naso, è ben risaputo che può in esso occorrere riflessamente una emorragia vasomotoria per stimoli che agiscono su di esso, oppure sopra organi remoti, i quali influiscono, in certo qual modo, sopra la distribuzione del sangue nel naso. Alla conoscenza empirica di questo fatto è dovuta l'antichissima pratica popolare di fare agire il freddo sulla nuca, sul testicolo o sulla mammella per combattere la rinorragia: una pratica che sovente è coronata da rapido successo.

Un'analoga azione riflessa si manifesta nella donna col fenomeno, che durante il periodo della mestruazione, ha luogo una fortissima iperemia, donde una tumefazione del tessuto cavernoso nel naso. — Viceversa, in parecchie forme di mestruazione dolorosa, si può esercitare una influenza favorevole cocainizzando la cavità nasale. Codesto fenomeno, accuratamente studiato e descritto dal Fliess, è stato trovato esatto dall'A. in parecchi casi di dismenorrea. È chiaro che qui, da organi remoti, viene esercitato un certo stimolo attivo sui vasomotori del naso.

Anche con altri stimoli intensi, che agiscono sui genitali, può essere provocata riflessamente un'epistassi. Ciò accade specialmente con la mastuprazione, così nel sesso maschile, come in quello muliebre. Joal, Girod, A. Peyer e Lemarchand de Trigon riferiscono casi di questa specie. Anche Fink, fondandosi sopra le sue osservazioni, crede non solo che ciò sia possibile, ma che sia meno raro di ciò che sembra.

L'epistassi neuropatica può, inoltre, essere provocata da stimoli i quali agiscono direttamente sul naso. In parecchie persone taluni odori sogliono cagionare quasi costantemente una epistassi. Se si consideri la profonda impressione che parecchi odori fanno sopra alcune persone, fino al punto da indurre vertigine, lipotimie, vomito, cardiopalmo ed altri fenomeni nervosi, riesce agevole comprendere, che l'impressione olfattiva talvolta può, per via riflessa, essere trasmessa ai vasomotori del naso, e produrre una reazione molto tumultuaria, onde in ultimo ha luogo una emorragia nel modo sopra descritto.

Un'altra epistassi neuropatica, che merita di essere presa in considerazione,

è quella che si verifica dopo operazioni in un territorio limitrofo al naso. Fink ha osservato due casi di questa specie. — Del resto, una forma tipica della medesima è nota, già da tempo, ai ginecologi. Fra il secondo ed il terzo giorno dopo un'ooforectomia, ha luogo spessissimo una mediocre emorragia uterina, e propriamente quando l'operazione fu eseguita poco tempo dopo cessata la mestruazione, e trattavasi di ovaja di grandezza normale. È evidente che qui l'emorragia, al pari di ciò che ha luogo nell' epistassi dopo operazioni in organi limitrofi al naso, può aver luogo unicamente per influenza sui vasomotori.

Com'è agevole rilevare, trattasi qui di una categoria di fenomeni, i quali, benchè da poco sieno stati presi a disamina con tutto il rigore delle ricerche sperimentali e cliniche, già ci hanno dato contezza e spiegazione razionale di molti fatti, che per lo passato venivano erroneamente interpretati, se non addirittura qualificati, come pure e semplici « curiosità ». È da augurarsi che queste ricerche proseguano con pari zelo, giacchè certamente se ne trarranno risultamenti cospicui non pure in teoria, ma altresì per la pratica.

(Dalla *Heilkunde*, 1898).

V. MEYER

ORO prof. MARIO.—*Ricerche comparative batteriologiche e sperimentali sui bacilli capsulati di Pfeiffer e di Frisch.*

Si tratta di esperimenti istituiti allo scopo di stabilire le differenze che vi sono tra i due sopradetti bacilli, servendosi, per quello di Pfeiffer, di un esemplare donato dal Prof. Compana e, per quello di Frisch, di culture di due casi di *rinoscleroma* avuti nella Clinica del prof. De Amicis ed anche di un recente caso di simil morbo, capitato nel Dispensario del prof. Massei. L'autore, dopo avere scrupolosamente e comparativamente praticato tutte le possibili esperienze batteriologiche nei diversi terreni di cultura, così liquidi che solidi, e, dopo aver fatto inoculazioni nei soliti animali da laboratorio, viene alla giusta conclusione che *il bacillo di Frisch non può identificarsi con quello di Pfeiffer*, enumerando, in un quadro comparativo, tutte quelle differenze, che si potranno consultare nel lavoro originale, letto all'Accademia Medico-Chirurgica di Napoli e giudicato con lusinghiera relazione dei Soci Ordinari, professori Armanni e Massei.

DAMIENO

GOODALE dott. J. L.—*Sulla cura di certe forme di linfadenite cervicale con l'introduzione di sostanze medicamentose nelle cripte delle tonsille palatine.* (*On the treatment of certain forms of cervical lymphadenitis by the introduction of medicinal substances into the crypts of the faucial tonsils*).

Questa breve relazione è una nota preventiva circa un nuovo metodo di cura di alcune forme di linfadenite cervicale, metodo a cui l'A. è per-

venuto per deduzione logica di alcuni fatti clinici e di alcune ricerche sperimentali. Le glandole cervicali, cui l'A. allude, sono quelle site all'angolo sotto-mascellare, non le occipitali, le giugulari o le sotto-mascellari. Le prime, come è noto, si ingrossano in conseguenza di alcuni processi acuti e cronici che attaccano le fauci o le porzioni posteriori della bocca, come per es. la difterite, l'epitelioma della tonsilla, la carie dentaria, ecc.

I seguenti fatti clinici e patologici, oramai definitivamente acquisiti alla Scienza, sono stati la base, su cui si è imperniato il concetto terapeutico balenato all'A.

Circa la sorgente dell'infezione di codeste glandole, sembra accertato che si effettua per il tramite delle tonsille. Gli esperimenti hanno dimostrato che negli animali, in cui cogli alimenti veniva introdotto il bacillo tubercolare, esse tumefacevansi e venivano attaccate dal processo tubercolare. Inoltre, l'esame delle tonsille umane ha dimostrato con relativa frequenza la presenza di bacilli tubercolari sopra la superficie libera oppure nelle cripte tonsillari. In una piccola cifra percentuale di casi furono rinvenuti — nel tessuto tonsillare propriamente detto — cellule giganti e tubercoli. Essendo evidente che i bacilli della tubercolosi, esistenti negli spazi linfatici dei tessuti tonsillari, tendono ad essere trasportati mascellare, dalla corrente linfatica efferente alle glandole linfatiche dell' angolo sotto-si potrebbe accampare la domanda: è possibile che questi bacilli, la cui presenza nella bocca è ben risaputa, possano attaverso l'epitelio delle tonsille, pervenire negli spazii linfatici dell'organo?

Ammessa questa penetrazione di batteri, scaturisce nettamente il corollario terapico: possediamo noi sostanze medicinali che, portate a contatto dell'epitelio delle tonsille, vengano assorbite, esercitando così un effetto terapico sopra le limitrofe glandole linfatiche? In altri termini: havvi assorbimento di sostanze straniere nelle tonsille?

Alla soluzione sperimentale di codesta questione, l'A. fu spinto osservando la spiccata differenza che esiste fra l'epitelio compatto che tappezza la superficie libera delle tonsille ed il lasco epitelio che riveste le cripte. Codesto fatto, in nesso con le osservazioni cliniche, gli fece supporre che l'assorbimento attraverso il parenchima tonsillare, se esiste, potrebbe compiersi precipuamente o totalmente nelle cripte. All'uopo, l'A. eseguì numerosi esperimenti, i quali consistevano essenzialmente nell'introdurre sostanze straniere nelle cripte di tonsille già destinate ad essere asportate. Le tonsille furono escisse a differenti periodi di tempo, dopo l'introduzione delle sostanze straniere, indurite e poi sottoposte all' esame microscopico. Codesti esperimenti furono dall'A. riferiti, nello scorso aprile, alla Società Medica di Boston e pubblicati nell'*Archiv für Laryngologie*. Le conclusioni a cui egli pervenne in queste ricerche, possono essere compendiate come segue:

1) l' assorbimento ha luogo normalmente nelle tonsille, e si compie attraverso la mucosa delle cripte;

2) la via che percorrono le sostanze assorbite, è quella dei canali linfatici interfollicolari, nella direzione delle larghe trabecole fibrose alla base dell'organo;

3) durante il processo di assorbimento, le sostanze straniere subiscono l'azione fagocitaria da parte dei leucociti polinucleari, esistenti nella membrana mucosa e nelle adiacenze di questa;

4) i batteri esistono normalmente nelle cripte, ma per solito non sono constatabili nel tessuto tonsillare propriamente detto.

5) a causa di questi fatti, sembra possibile che i batteri possano continuamente battere la via per penetrare nel tessuto tonsillare; però, nel momento di insinuarvisi, trovano condizioni che pongono termine alla loro esistenza.

L'applicazione di questi fatti alla infezione tubercolare delle tonsille ed alle glandole linfatiche dell' angolo sotto-mascellare induce a conchiudere che è possibile una invasione batterica per la via della bocca. Tostochè i bacilli della tubercolosi hanno attraversato la barriera fagocitaria che trovano nella membrana delle cripte e nelle sue adiacenze, essi vengono trasportati nell'interno della tonsilla, dove vi si depositano, oppure la corrente linfatica li sbalza nelle glandole linfatiche dell'angolo sotto-mascellare.

Laonde, sembrava razionale supporre che le sostanze medicamentose, introdotte nelle cripte tonsillari, si facessero strada nelle glandole dell'angolo sotto-mascellare, lungo la via seguita dall'irritazione primaria. E ciò appunto è stato visto dall' A. in casi nei quali non vi era ipertrofia del tessuto adenoide.

Degl' infermi, nei quali Goodale sperimentò il metodo escogitato, parecchi presentavano con evidenza le note della cronica infiammazione delle tonsille con dilatazione più o meno rilevante delle cripte, cioè erano casi nei quali per solito si suole ricorrere al galvanocauterio, alla scarificazione delle tonsille, od alle incisioni delle cripte, con consecutiva applicazione di jodo. In altri casi, le tonsille non presentavano alcun sintomo di infiammazione cronica, eccezion fatta di una leggiera areola iperemica intorno all'orificio di ogni cripta. Le sostanze medicamentose furono introdotte nella cripta con una cannula di argento, smussa, flessibile, attaccata ad una siringa ipodermica. Le sostanze medicamentose usate furono il jodo ed i preparati jodici: per lo più, una soluzione acquosa di jodo al 10 °|o. La soluzione veniva injettata, in dose di tre a quattro gocce, dapprima in una cripta tonsillare; indi, si passava a quella vicina. Codeste injezioni venivano ripetute tre o quattro volte.

Il risultato di questo trattamento, che l'A. sta ancora sperimentando in molti casi, è, a dirla in breve, il seguente: nella maggior parte la linfadenite subì una notevole modificazione, in altri restò immutata, il che

significherebbe, secondo Goodale, che, per qualche infezione, il punto di entrata dell' agente patogeno non sarebbe costituito dalle tonsille.

L'A. termina promettendo di comunicare, in una prossima nota, il risultamento complessivo di codesto trattamento, e la importanza che esso può avere nella terapia dei processi patologici in questione.

(Dal *Boston Medical and Surgical Journal*).

V. MEYER

GAREL dott. J. — *Della disfagia dolorosa prolungata della dietrobocca come segno di diagnosi della sifilide nei suoi tre periodi (De la dysphagie douloureuse prolongée de l'arrière-gorge comme signe permettant de diagnostiquer la syphilis à ses trois périodes).*

JOURDANET dott. P. — *Della disfagia dolorosa prolungata nella diagnosi della sifilide della dietro-bocca nei tre periodi (De la dysphagie douloureuse prolongée dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge aux trois périodes).*

Sono, come si vede, due pubblicazioni che hanno lo stesso titolo e, aggiungiamo subito, lo stesso contenuto, appartenendo la prima al maestro, la seconda all' allievo. Si fa in esse una stessa quistione, s'invocano i medesimi argomenti, salvo ad estenderli più o meno largamente con osservazioni cliniche in appoggio, per sostenere un principio pratico, per far valere un segno diagnostico preventivo, che gli autori traggono dalla storia degl'infermi.

La costante veridicità di questo segno, secondo gli AA., in confronto alla rarità con la quale può trovarsi con altre affezioni della dietrobocca, e la possibilità di errare facendosi guidare dall'esame diretto, secondo gli stessi, li hanno persuasi di stabilire l'assioma: *ogni infermo che soffre nella dietrobocca da più di 3 settimane senza interruzione, deve essere considerato come sifilitico nella quasi totalità dei casi.*

La prima impressione, che si ha leggendo questi scritti, in vero, si è quella che si rimane un pò sconfortati, vedendo come col progresso diagnostico odierno si voglia anteporre un dato anamnestico e subbiettivo all' esame locale e generale. Ma leggendo bene tutto il concetto degli AA., si vede che in fondo ci è del vero, solamente n'è stata esagerata l'importanza. Quante volte a noi, che siamo soliti di avere, come tanti altri, un abbassalingua esclusivo per i sifilitici, non è capitato dal solo racconto della sofferenza dell'infermo di prevedere la lesione sifilitica della gola tanto sicuramente che abbiamo armato la nostra mano di quell'abbassalingua senza, dopo, rimanere delusi? Ma ciò che cosa dice? Si tratta di niente altro che di *occhio clinico.* Ma può l'*accorgimento clinico* passare come regola fissa? Tante altre volte possiamo errare, come qualche volta è avvenuto ad onta delle precauzioni prese nell'interrogare l'infermo. Non diciamo il come e il

quando saremmo tratti ad errare servendoci del segno di Garel, perchè andremmo per le lunghe, ma affermiamo che se una importanza debba ad esso darsi, al certo non deve essere superiore a quella di un segno diagnostico di *preavviso*, che non ci esonera dall' esame diretto e generale, oltre a rimanere esso fra gli elementi ordinari di diagnosi della sifilide della dietrobocca.

TRIFILETTI

AVELLIS dott. G.— *Che cosa è il cosiddetto tipico stridore inspiratorio dei poppanti?* (*Was ist der sogenannte tipische inspiratorische Stridor der Säuglinge?*).

L'Autore dichiara che in questi ultimi due anni ha avuto occasione di osservare molti neonati e poppanti, affetti dal cosiddetto stridore inspiratorio tipico (in alcuni casi congenito). Questi casi richiamarono tutta la sua attenzione, sia per la loro rarità, sia perchè, studiandoli, egli pervenne ad un concetto, che non collima affatto con quello della maggioranza dei laringologi e dei pediatri, e neppure con le idee espresse dal Semon sul riguardo.

Nel primo dei casi osservati dall' A. trattavasi di un bambino di tre mesi, nel quale lo stridore inspiratorio era apparso al 14° giorno dopo la nascita, e tormentava, senza tregua, di giorno e di notte, il piccolo infermo, già da due mesi e mezzo. L'esame fece rilevare che la faringe era intatta, l'epiglottide nè infiammata, nè tumefatta, ma soltanto un poco piegata lateralmente.

Il giugulo, gli spazi intercostali e l'epigastrio si deprimevano fortemente nella inspirazione. Punto febbre; neppure l'ombra della rachitide; la respirazione un pò lenta; polso normale; punto cianosi, punto tumefazioni glandolari, punto ascesso retro-faringeo. Ottimo lo stato della nutrizione e l'appetito. Punto tosse. Nessun segno di ingrossamento delle glandole bronchiali. Nessun' aja di ottusità sullo sterno. — I genitori dell' infermo, giovani e sanissimi. Nessuna labe ereditaria tubercolare.

E, su per giù, identico fu il quadro patologico negli altri tre casi, osservati da Avellis, in uno dei quali esso insorse circa due, nell'altro quattro settimane dopo la nascita, laddove nel quarto caso fu onninamente congenito. Anche in questi altri tre casi, l'unico disturbo da cui erano tormentati i bambini era lo stridore inspiratorio, che riusciva molestissimo soprattutto nel succhiare il latte e nei movimenti rapidi. Talvolta, esso raggiungeva tale acme, che apparivano — ma fugacissimamente — la cianosi ed un leggiero accesso di soffocazione. Però, si noti bene, non si scorgeva neppure la più lontana ombra di un attacco eclampsico o tetanico, o di uno stadio apnoico. Inoltre l'A. fa rilevare, che il singolo accesso non terminava, come terminerebbe quello laringospastico, repentinamente con

una inspirazione profonda ereboante, sebbene gradatamente; ed anche cessato, persisteva il rumore di stenosi. Appetito e stato della nutrizione lodevoli. — I piccoli infermi tollerarono, per mesi interi, codesto disturbo patologico, senza risentirne danno sensibile. Nel primo caso, osservato da Avellis, lo stridore inspiratorio persistette un anno, e la guarigione si verificò spontaneamente.

Rivangando l'antica letteratura, per accertare gli autori che avessero osservato e descritto con precisione codesto quadro patologico, che presenta una *facies* sì caratteristica, Avellis ebbe a rilevare che nel 1851 Rilliet lo descrisse con la massima precisione possibile, e lo attribuì ad una cronica irritazione o tumefazione della mucosa tracheale. Anche Helfft (1852) nella sua monografia, dal titolo *Krampf und Lähmung der Kehlkopfmuskeln*, descrisse quest'affezione, che credette dovuta a compressione delle glandole bronchiali sul vago, e la stenosi riferibile ad uno spasmo dei muscoli laringei.

Semon nel suo Manuale di Laringologia descrive con esattezza questo quadro patologico, e riferisce che anche parecchi medici inglesi, per lo passato videro e diedero la relazione di casi di questa specie. Al pari di M' Bride, egli tentò di eseguire, in questi casi, l'esame laringoscopico, ma neanche egli riuscì a realizzare l'intento. Ed il Semon ritiene come probabile che possa trattarsi « di una permanente irritazione dei centri corticali della laringe, per cause finora ignote ». Avellis dichiara che questa supposizione del Semon non può essere assolutamente accettata. Come è possibile ammettere, dice egli, nei poppanti una stimolazione dei centri corticali laringei per causa ignota, la quale duri per 1-2 anni, e sia siffattamente localizzata, da non attaccare, neppure per un istante, un centro limitrofo, in modo da osservare spasmi della faccia e delle estremità?

Dopo avere combattuta, così la teoria del Semon, come quella accampata da alcuni altri autori per spiegarsi il quadro patologico in parola, e dimostrato che in esso non può trattarsi di laringismo stridulo, Avellis prende a disamina le recenti ricerche di Glöckler, Rehn, Koenig ed altri, i quali hanno rilevato, sia con osservazioni cliniche, sia con i risultamenti favorevoli di operazioni praticate in casi di questa specie, che trattasi di un ingrossamento del timo, per iperplasia od ipertrofia, che provocherebbe la suddescritta sindrome fenomenica. Nei casi di Rehn, König e Glöckler la sindrome fenomenica era onninamente identica a quella osservata dall'A. nei suoi casi, ed essi dimostrano, con la massima evidenza, che eravi stenosi tracheale, ma non laringea, cagionata da ingrossamento del timo, che esercitava una compressione sulla trachea.

Riassumendo: l'Autore rigetta come infondata la teoria che qui trattisi di una nevrosi da coordinazione, ed ammette una tracheostenosi timica, fondandosi sopra dati obbiettivi, nonchè sopra osservazioni cliniche. A favore della sua ipotesi deporrebbero: 1) l'età dei bambini colpiti da questa malattia; 2) la frequente guarigione spontanea nel 2° anno, dopo che l'affezione è durata

molti mesi; 3) il fatto che talvolta essa è congenita; 4) l'osservazione clinica che nei forti movimenti dei bambini lo stridore inspiratorio ricomparisce; 5) la sua temporanea cessazione quando muta la posizione del corpo; 6) il reperto negativo della laringe; 7) il livello alto della laringe; 8) il fatto che la penetrazione dell' aria in un bronco è più forte che nell' altro, onde la depressione ed il murmure respiratorio appariscono chiaramente ineguali (caso di Wichtemann), e 9) i risultati dell' operazione.

In ultimo l' A. prende a disamina la questione, certamente importante dal punto di vista della diagnosi differenziale, se le glandole bronchiali ingrossate possano, al pari dell' iperplasia od ipertrofia del timo, produrre nei poppanti la tracheostenosi. Benchè non sempre riesca facile stabilire subito una distinzione esatta, l' A. fa rilevare che, per ammettere un ingrossamento delle glandole bronchiali, debbono esservi i seguenti sintomi: dolore a livello della quarta vertebra toracica; aja di ottusità fra le scapole, unilaterale o bilaterale, oppure anteriormente sullo sterno; stimolo prolungato alla tosse che rassomiglia un poco alla pertosse; esistenza di altre tumefazioni glandolari; talvolta disfagia per pressione sull' esofago; fenomeni di stasi; faccia tumida; labe ereditaria scrofolosa o tubercolare; talvolta raucedine. — Ne è a tacere, che talvolta possono coagire l'ingrossamento del timo e quello delle glandole bronchiali.

Per la cura, l' A. adoperò l'alimentazione con tavolette di timo e di milza. I bambini tollerano, ogni giorno, ottimamente $^1/_2$ tavoletta. Pertanto, egli dichiara di non poter precisare se con questo trattamento la guarigione avvenga più per tempo di quando ha luogo spontaneamente. — La guarigione spontanea suole verificarsi, come già ha rilevato, dopo 6-14 mesi, ma nella tracheostenosi timica non ha luogo per graduale impiccolimento del timo, bensì perchè gli organi intratoracici vengono a trovarsi in condizioni di spazio più favorevoli per la respirazione libera, e forse altresì per un graduale aumento dell'elasticità e della forza di resistenza della cartilagine tracheale.

(Dalla *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1898).

V. Meyer

Gouguenheim e Lombard.—*Corpo estraneo nelle vie aeree. Estrazione con la tracheotomia. Guarigione* (*Corps étranger des voies aeriennes. Extraction par la trachéotomie. Guerison*).

Mi piace riferire un caso di corpo estraneo nella laringe, estratto mercè la tracheotomia, sia perchè le osservazioni in proposito registrate sono poche, sia perchè il risultato ottenuto è stato coronato da splendido successo, tenuto conto delle varie difficoltà presentatesi all'estrazione.

Alla Clinica laringo-rino-otoiatrica di Parigi, diretta dal prof. Gouguenheim, il 18 aprile di quest'anno si presentò un tale di 40 anni circa. Costui, due giorni prima, mentre dormiva, fu destato da un intenso dolore

nella laringe, seguito da un accesso di soffocazione, che gli durò circa una ora. Terminato l'accesso, l'infermo fu sempre tormentato da una sensazione dolorosa di corpo estraneo nella laringe, accompagnata da afonia completa.

Nel succedersi di questi disturbi l'infermo si accorse che un pezzo di protesi dentaria, che portava da circa 12 anni, attaccata poco solidamente al mascellare superiore, era scomparso; l'aveva ingoiata e si era arrestata in laringe, come fu constatato, all'ospedale, dal Gouguenheim.

Il fatto più saliente era uno stridore respiratorio; con lo specchio laringoscopiico le corde vocali si vedevano molto arrossite, un po' inspessite, e ncompletamente ravvicinantesi nella fonazione; nella profonda inspirazione si vedeva nettamente al disotto delle corde, dal lato sinistro, il corpo estraneo abbastanza grande, irregolare, immobile, che mascherava la vista della trachea.

La palpazione non offriva nulla di notevole.

Dopo questa osservazione, era facile comprendere che la tracheotomia era l'unico e sovrano rimedio.

In fatti, praticata questa operazione, mercè una pinza di Kocher, guidata dal dito, diretta verso l'alto ed il lato sinistro, dopo varii movimenti laterali ed antero-posteriori venne estratto il corpo estraneo, infisso solidamente al disotto della corda vocale sinistra.

La cannula fu mantenuta in sito 24 ore.

Dopo tre giorni dall'operazione, si sviluppò un enfisema del collo che cedette subito al trattamento antisettico; la ferita si restrinse sempre più, il respiro migliorò sensibilmente, la voce divenne più chiara, l'infermo venne considerato come guarito.

A causa dell'impossibilità della estrazione per le vie naturali, a causa della situazione del corpo estraneo al di sotto delle corde vocali, per la sua forma irregolare, e per il timore di accidenti asfittici possibili nel corso di manovre endolaringee con pinze, si dovette ricorrere alla tracheotomia, come operazione più facile e più sicura, e noi con piacere riferiamo questa storia, che è un utile monito pel medico pratico.

L. AIELLO

ROSENBERG dott. A. — *L'importanza dei raggi Roentgen per la diagnosi dei tumori intratoracici, che capitano alla osservazione del laringologo* (*Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose der für den Laryngologen in Betracht kommenden intrathoracischen Geschwülste*).

Benchè finora l'applicazione dei «raggi Roentgen» non abbia corrisposto alle intense aspettative nutrite dai laringologi, circa l'importanza diagnostica che costoro se ne impromettevano per le affezioni della laringe e,

specialmente per la diagnosi differenziale dei tumori benigni dai maligni; è indubitato, però, che essi, hanno una impoitanza per la diagnosi dei tumori intratoracici che spesso sogliamo incontrare nella pratica, e che frequentemente cagionano restringimento delle vie aeree e digerenti nonchè paralisi delle corde vocali —In ben dodici casi, l'autore ha avuto occasione di accertare con esattezza fino a qual punto i raggi Roentgen riescano utili in questi casi.

Ciò premesso, l'autore tesse alcune considerazioni generali circa i fenomeni osservati nella illuminazione per trasparenza del torace. Sul diaframma si vede — dice egli — l'ombra projettata dalla colonna vertebrale, e rispettivamente dallo sterno, la quale è larga circa 3 a 4 ctm.; ed in condizioni ordinarie, a sinistra, accanto allo sterno e al di sopra dell' ombra pulsante projettata dal cuore, si osserva quella dell'aorta. Talvolta, questa oltrepassa soltanto un poco il margine sternale destro. Tutto ciò calza a capello con ciò che Luschka ci ha insegnato nella sua classica opera dal titolo: « *Gli organi toracici dell'uomo e la loro topografia* ». « Il vaso (l'aorta) si incurva da sinistra e da dietro — corrispondentemente alla connessione della cartilagine della terza costola sinistra con lo sterno, a destra in avanti ed in sopra, fino a livello del margine inferiore della cartilagine della prima costola destra..... La cosiddetta aorta ascendente sta quasi del tutto posteriormente allo sterno, a livello delle estremità sternali del secondo fino al primo pajo di costole. D'ordinario, pertanto, si constata che esso, per la larghezza di pochi millimetri, oltrepassa il margine destro dello sterno, e si accolla un poco all'ambito sinistro della cava superiore. La sua origine sta quasi completamente nella metà sinistra del torace, onde in ultimo soltanto il *sinus maximus* viene a stare sul lato destro della linea mediana dello sterno. La distanza fra il suo àmbito anteriore e la superficie interna della parete toracica differisce molto nei diversi punti del suo tragitto, ed al principio ascende a 6, mentre all'estremità superiore, soltanto a 2 ctm. in media ».

Codeste indicazioni hanno soltanto un valore generale, e sono, in certo qual modo, la risultante di numerosissime osservazioni; lo stesso Luschka fa rilevare che occorrono, sul riguardo, differenze individuali: è questo un fatto che deve essere preso in considerazione nel giudicare l'ombra pulsante dell'aorta.

La *densità* dell' ombra, che noi vediamo sul diaframma, varia. È stato ammesso che essa sia proporzionale al peso specifico di quei tessuti, che non lasciano passare i raggi, onde per es. i linfomi, che hanno un piccolo peso specifico, darebbero una ombra meno intensa di un carcinoma di eguale spessezza. Però , Rosenberg dichiara che questo principio non ha valore assoluto, ma ch' è soltanto il coacervo di ciò ch' è stato osservato in un certo numero di casi ed è indubitato che esso presenta eccezioni. Così, a mò di esempio, può darsi il caso che, trattandosi di linfomi, si abbiano

alcuni tratti dell'ombra molto densi, perchè nell'interno del tumore vi sono calcificazioni.

Per ciò che concerne la *forma* dell'ombra, che si vede sul diaframma, essa ha maggiore importanza per la diagnosi. Nell' aneurisma si riscontra una forma caratteristica, cioè una ombra tondeggiante, corrispondente pressochè ad una parte della periferia di un cerchio o di una ellissi, e propriamente una ombra *pulsante da tutti i lati.*—In vece, nei *tumori solidi*, nei tumori mediastinici, riscontransi forme differenti; d'ordinario scorgesi una ombra ch'è circoscritta ad amendue i lati in forma piuttosto rettilinea ed ascende in alto; oppure si vedono forme irregolari, ma mai, o quasi mai, un'ombra così tondeggiante come quella dell'aneurisma aortico, dalla quale si distingue pure per la mancanza di pulsazione *onnilaterale.* — I *tumori esofagei* per lo più indovansi sotto lo sterno; d'ordinario rivelansi col fatto che l'ombra sternale è diffusa da uno o da amendue i lati.—Nei *gozzi retrosternali* si osserva, durante l'atto della deglutizione, un movimento, una elevazione dell' ombra, onde codesti neoplasmi possono essere distinti dagli altri anche all'esame actinoscopico.

Come già è stato accennato, l'ombra projettata dell'aneurisma pulsa da tutti i lati; ed è assolutamente necessario badare a tal cosa. Quando l'A. iniziò codeste ricerche in un caso, nel quale ricorse ai raggi Roentgen, ei credette, a prima giunta, di dovere ammettere un aneurisma, perchè a destra e a sinistra dello sterno, vide pulsare una ombra. All'autopsia, però, non si riscontrò un aneurisma spiccato, bensì oltre ad un carcinoma dell'esofago , un' aorta dilatata, alquanto fusiforme. La spiegazione di questo fatto non è poi molto malagevole. Quando, cioè, i tumori sono indovati nel mediastino posteriore e comprimono l'aorta in basso e posteriormente , si verifica una stasi nell'aorta, donde una dilatazione della medesima, la quale si rivela sul diaframma con un ampliamento dell'ombra projettata dall'aorta, la quale pulsa in amendue i lati dello sterno. Codesta pulsazione in ambo i lati può essere anche, se vuolsi, l'esponente di un aneurisma, ma, bene inteso, di un aneurisma cilindrico. Però, allora non vi è punto quella tale dilatazione dell'aorta, che noi sogliamo indicare come aneurisma.

L'*arco dell'aorta* può essere compresso, in sopra, da un tumore, e allora le pulsazioni laterali dell'ombra projettata dall'aorta possono essere ampliate, onde anche per tal fatto possono occorrere errori diagnostici. Però, in tal caso, accanto a quest'ombra dell' aorta, scorgesi pure una ombra corrispondente al tumore, che comprime l'aorta; onde, ponendo mente alla somma di questi fenomeni, si imbrocca la diagnosi esatta. — Inoltre, può accadere che si vegga l'aorta pulsare in un punto diverso da quello ordinario, e ciò ha luogo quando essa è spostata da un neoplasma. In tal caso, osserviamo la pulsazione sempre solo da un lato , e propriamente dove l'aorta è libera, laddove, dal lato del tumore, l'ombra per lo meno non mostra una pulsazione molto vivace, che anzi questa apparisce come se fosse

debolmente propagata. In fine, anche la configurazione totale dell' ombra ci mostra che qui non si tratta di un' aorta dilatata, sibbene spostata da un tumore.

Quando il *dotto* di *Botallo* rimane aperto, l'ombra corrispondente all'aorta apparisce (come l'A. potette notare in una fotografia rilevata dal professore Grünnach) parimenti ampliata, e può, quindi, mentire un aneurisma. Però, a prescindere dal fatto che questa è una rara anomalia, è da notare che qui la sindrome clinica addita la diagnosi.

Com'è agevole comprendere, i *movimenti respiratori* del torace non possono essere riguardati come pulsazioni. Ad ogni modo, il meglio che possa farsi per evitare tale equivoco, è di fare inspirare profondamente l'infermo, e poi fargli trattenere il respiro, perchè così si eliminano i movimenti respiratori del torace; mentre d'altro lato, nella dilatazione dei pulmoni e nel divaricarsi delle costole fra loro, si ottiene un quadro più preciso ed evidente.

Le pulsazioni, naturalmente, si vedono in modo più completo sul diaframma anzichè sulla fotografia, perchè sopra quest'ultima il vaso, dilatato nella diastole, apparisce sempre interrotto per la pausa della sistole. Corrispondentemente a ciò, sulla fotografia si vede il contorno del vaso in sistole in forma di una ombra densa ed a limiti netti; laddove durante la diastole esso è appena accennato da una sfumatura.

Quando si applicano i raggi Roentgen per l'esame del torace di un uomo, non bisogna mai trascurare di praticare l'illuminazione per trasparenza sia da *avanti*, sia *posteriormente*, e anche talvolta *trasversalmente*. Infatti, qualora l'infermo stia col lato anteriore rivolto all'apparecchio, ed abbia un tumore vicino alla parete toracica anteriore, accadrà che apparisca molto più grosso che non quando egli abbia il dorso rivolto all' apparecchio.

I raggi che partono dal piccolo specchio, quando incontrano i margini di un tumore relativamente grande, debbono divergere. Ond'è che, quanto più lungi viene raccolta l'ombra, tanto maggiore è la distanza dei raggi divergenti, e quindi dell' ombra.

Facendo girare l'infermo in modo che abbia il dorso rivolto all' apparecchio, il tumore viene a stare più posteriormente, e più lontano. Quindi, i raggi che partono dallo specchio, incontrano i margini del tumore sotto un angolo più acuto, e perciò l'ombra che si produce, è più piccola di quella precedente.

L'opposto naturalmente accade quando un tumore stia più vicino al dorso, anzichè alla parete toracica anteriore.

Corrispondentemente a ciò, l'ombra di un aneurisma dell'aorta ascendente o della porzione concava di questa, apparisce sul dorso più grande e più evidente, perchè sta più vicino alla parete toracica anteriore, anzichè a quella posteriore.

Luschka, nella sua summentovata opera, dà le seguenti indicazioni sulla topografia anatomica di codesta località: « quest'arco dell'aorta decorre dall'estremità sternale del primo spazio intercostale destro obliquamente, dietro il manubrio dello sterno, a sinistra e posteriormente, e qui nel suo tratto iniziale si approssima alla superficie interna della parete toracica molto più (essendone discosto soltanto 2 ctm.) che non alla sua estremità, la cui distanza corrisponde alla lunghezza di un diametro toracico rettilineo, che dall'estremità sternale della terza costola sinistra va al corpo della terza vertebra toracica ».

È quindi evidente—desume l'A.—che quando si vogliono applicare i raggi Roentgen per l'esame del torace, bisogna praticare l'illuminazione per trasparenza, così da avanti, come posteriormente. E così dalla differenza di grandezza, che si rileva nei due esperimenti, è possibile formarsi approssimativamente una immagine della vera grandezza del tumore, nonchè contemporaneamente dei suoi rapporti topografici rispetto alla parete anteriore ed a quella posteriore. Inoltre, l'A. fa rilevare che la determinazione di sede di un neoplasma nel diametro antero-posteriore del torace può esser fatta più esattamente dirigendo i raggi in senso trasversale o diagonale (illuminazione trasversale o diagonale per trasparenza), prendendo in considerazione il rapporto della sua ombra rispetto a quella del cuore ed a quella della colonna vertebrale. Vero è, d'altro lato, che in tal caso le ombre non dànno immagini così evidenti come nella illuminazione sagittale.

A prescindere dai tumori intratoracici, si può eziandio — dice Rosenberg — con i raggi Roentgen accertare (non di rado), la presenza di corpi stranieri incuneati nel bronco, nel polmone o nell'esofago.

***

Però, per quanto pregevoli sieno i risultati di codesto metodo di esame, ciò nondimeno, da sè solo, non può fornire un dato sufficiente per la diagnosi. Fa d'uopo, in vece, combinare i risultati, ottenuti mercè l'esame con i raggi di Roentgen, con quelli conseguiti cogli altri metodi di esame che la scienza ci fornisce; e dal coacervo di tutti i reperti si può ottenere un concetto chiaro del processo patologico in atto. D'altro lato, in talune circostanze, l'esame actinoscopico può scalzare o modificare la diagnosi stabilita precedentemente con altri metodi di esame. L'A. ha constatato che le figure di ottusità non collimano sempre esattamente con le figure che si ottengono con i raggi Roentgen; -- e codesto controllo, mediante l'illuminazione per trasparenza, può forse chiarire parecchie cose, che presentano difficoltà in riguardo alla interpretazione di una zona di ottusità. È ben noto che, nel corso degli aneurismi dell'aorta toracica, allorchè essi hanno determinato una stenosi delle grandi vie aeree, insorgono affezioni pulmonali -- come per es. la pulmonite lobare, la cirrosi pulmo-

nale ecc.—le quali, alla loro volta, si rivelano, alla percussione, con una risonanza ottusa, e questa può rendere molto difficile la diagnosi dell'aneurisma.

Anche quando con gli altri metodi di esame, che abbiamo a nostra disposizione, è possibile stabilire la diagnosi, la conferma di questa, mercè l'esame con i raggi Roentgen, costituisce un pregevole mezzo coadiuvante. In fatti, se con l'esame rinoscopico si constata l'empiema di un seno mascellare, e l'illuminazione per trasparenza ci fa rilevare una ombra nel punto che si supponeva infermo, è evidente che codesto risultamento è prezioso sopra tutti i riguardi, e ribadisce con maggiore certezza la diagnosi.



Come già è stato accennato, l'A. ha applicato il metodo di Roentgen in 12 casi, dei quali 11 occorsi nella Clinica rino-laringologica universitaria, mentre 1 gli fu inviato dal dottor A. Alexander. Trattavasi di 5 casi di aneurisma dell'aorta, di due casi di gozzo retrosternale, di 3 casi di tumori retrosternali e rispettivamente mediastinici, e di 2 casi di carcinoma dell'esofago.

Dei 5 casi di aneurisma dell'aorta, in tre erasi prodotta una paralisi delle corde vocali, in 1 la compressione della trachea, ed in 1 la stenosi dell'esofago. Com'è noto, la diagnosi di aneurisma dell'arco dell'aorta non sempre è facile; in fatti, può accadere che la rispettiva forma di ottusità manchi, oppure non mostri alcuna nota caratteristica; che spesso manchi la pulsazione nella regione sternale del torace; che l'esame del polso dia risultati dubbi, e che la pulsazione della trachea o del giugulo può non dare alcun risultato soddisfacente.

Riassumendo: non in tutti i casi, i metodi fisici possono fare stabilire con certezza la diagnosi dell'aneurisma. E, sul proposito basti ricordare un caso di Grabower, da questo presentato alla Società Laringologica berlinese, nel quale trattavasi di un tabico con paralisi del ricorrente a sinistra. Tutti i clinici che esaminarono quest' infermo, non potettero scorgere altro che la tabe, onde la paralisi delle corde vocali fu attribuita a quella All'autopsia, però, fu constatato che il ricorrente di sinistra era compresso da un aneurisma aortico, onde questo era la causa prima e vera della paralisi delle corde vocali. È evidente, quindi, che nei casi di simil fatta, l'esame actinoscopico può essere di grande utilità.



Ciò premesso, l'A. descrive minutamente i 12 casi nei quali adoperò i raggi Roentgen per l'esame, e fa rilevare l'importanza diagnostica del reparto ottenuto. In fatti, nei casi di aneurisma dell'aorta, l'esame actinosco-

pico confermò, varie volte, con evidenza, la diagnosi; e in un caso nel quale la sindrome fenomenica deponeva con *probabilità* per l'esistenza di un aneurisma come causa della paralisi del ricorrente di sinistra, l'esame actinoscopico rese *certa* la probabilità, facendo rilevare con evidenza una ombra (la quale pulsava da tutti i lati) in corrispondenza dell'aorta, che, veduta dal dorso, perveniva quasi al centro della scapola.

Anche in cinque casi di tumori mediastinici, e rispettivamente retrosternali (di cui due erano di natura strumosa) l'esame con i raggi Roentgen diede buoni risultamenti. Così, per es., in un caso di struma retrosternale con paresi del postico di sinistra, sul diaframma vedevasi una ombra la quale oltrepassava ad amendue i lati lo sterno, ascendeva in linea retta, e poi, volgendosi alquanto in fuori, perveniva fino al di sopra della clavicola. In un'altro caso di tumore retrosternale con paralisi del postico di destra e paresi del postico di sinistra, l'esame actinoscopico faceva rilevare una ombra profonda, che corrispondeva abbastanza alla zona di ottusità rilevata con la percussione. Quest'ombra sembrava quella dell'aorta, e non presentava alcuna pulsazione, laddove le pulsazioni dell'aorta e del cuore erano chiaramente visibili.

Il corollario finale — che l'A. trae da tutte queste osservazioni — è che bisogna ulteriormente sviluppare e perfezionare l'esame actinoscopico, perchè esso è destinato a divenire un utilissimo metodo coadiuvante fra quelli che finora la Scienza ci ha dati. Ed all'uopo si dovrebbe far tesoro del consiglio di Fraenkel, cioè di praticare costantemente l'esame per trasparenza del cadavere innanzi di eseguire l'autopsia, e controllare il quadro, così ottenuto, col reperto necroscopico.

AVELLIS dott. G. — *Epicrisi di un caso di morte non repentina, prodotta da ingrossamento (vicario) del timo con milza rudimentalmente sviluppata (Epikrise eines Falles von nicht ganz plötzlichem Thymustod, verursacht durch (vicariirende) Thymusvergrösserung bei rudimentär kleiner Milzanlage).*

Quest'articolo è la breve esposizione della storia clinica di un caso di morte quasi repentina, avvenuta in un bambino a 4 anni, a quanto sembra per ipertrofia del timo. Alla esposizione del caso, l'autore fa seguire una specie di inventario, sia di tutto ciò che oggi è noto, sia di tutte le molteplici lacune finora esistenti nella Scienza sopra quest'affezione.

Il caso clinico è il seguente. Un bambino di 4 anni, robusto, ben nutrito, di uno sviluppo superiore alla sua età, un giorno fece colezione col padre alle 7 del mattino, ed alla sera verso le 16 presentò di botto il fenomeno dello stridore respiratorio; il viso divenne cianotico ed insorse una dispnea fortissima. Chiamato in tutta fretta un medico, questi suppose che potesse trattarsi di difteria; ma, per *acquit de conscience* consigliò alla famiglia di

fare esaminare il bambino da qualche altro collega. Chiamato il dottore Avellis, questi non rilevò alcuna pseudomembrana difterica nella faringe. Nella inspirazione, il giugulo e gli spazi intercostali si deprimevano fortemente, il capo era incurvato in dietro, e si percepiva un intenso rumore di stenosi. Dopo meno di un minuto (era la mezzanotte) il bambino morì.

L'autopsia fece rilevare una sola anomalia: l'ingrossamento del timo. Come reperto accessorio: una milza molto rudimentale.

Ciò premesso l'A. rileva che non è molto facile darsi una spiegazione esatta di questo e di consimili casi, registrati nella Letteratura, giacchè, sventuratamente, non v'è alcun organo del corpo umano, sopra la cui entità fisiologica, patologica e clinica vi sieno ancora tante lacune come sul timo.— Alcuni non attribuiscono grande importanza ai casi finora riferiti di ingrossamento abnorme del timo e sue conseguenze, facendo notare, tra l'altro, che non vi sono ricerche esatte circa il suo volume normale in determinati periodi della vita. Le relative ricerche del Kapff, del Friedleben, di Hausen e di Mettenheimer non hanno dato risultamenti concordi. Mettenheimer si sarebbe perfino convinto che la grandezza del timo, più che con l'età, sta in rapporto con lo stato di nutrizione del rispettivo bambino. — Ad ogni modo, dice Avellis, benchè su tale riguardo non si posseggano conoscenze precise, considerando che il bambino, da lui osservato, era stato precedentemente sempre sano, che l'unico sintomo patologico fu la grave dispnea inspiratoria, e che all'autopsia non fu riscontrato alcun corpo straniero, alcun tumore mediastinico, neppure l'ombra di un edema laringeo, di una infiammazione difterica od erisipelatosa, si è inevitabilmente costretti di ravvisare nell'ingrossamento del timo l'unica causa effettiva della morte. Di quale natura sia stato quest'ingrossamento nel suo caso, cioè se ipertrofico od iperplastico, l'A. non può dirlo, perchè non ha eseguito l'esame microscopico, ond'è che si serve dell'espressione generica « ingrossamento ».

L'A. prende altresì a disamina l'altro reperto, accertato nel suo caso, cioè lo sviluppo rudimentale della milza, e soprattutto dal punto di vista se esso possa, o meno, contribuire a diradare un poco il bujo tuttora esistente circa i rapporti del timo, sia con l'apparecchio delle glandole linfatiche, sia con gli organi ematopoietici. — È noto che parecchi autori hanno ripetutamente accentuato una teoria, secondo la quale vi sarebbero peculiari rapporti fra il timo e la milza; e Friedleben dichiara di avere constatato che il volume della milza diviene tanto più grande, quanto più, nel corso degli anni, si impiccolisce il timo; sicchè, secondo lui, durante l'infanzia, la milza ed il timo starebbero in un reciproco rapporto. Alla sua volta, Schaeffer, che ha tanto contribuito, con le sue ricerche microscopiche, a far rilevare la funzione ematopoietica del timo, ha altresì accertato che fra la milza ed il timo vi sarebbe un rapporto reciproco, nel senso che, quando la milza è molto ricca di leucociti nucleati, questi sono molto

scarsi nel timo, e viceversa. — Volendo applicare, dice Avellis, i risultati di queste ricerche al caso da lui osservato, si dovrebbe trarre l'illazione che l'ingrossamento del timo, così fatale per questo bambino, fu di natura funzionale, e si produsse vicariamente, per lo sviluppo rudimentale della milza.

Quanto al trattamento di questi casi, l'A. opina che quando l'ingrossamento del timo non determina subito la morte, si debba tentare di scongiurare l'esito letale con l'operazione. Ed all'uopo menziona uno splendido risultato ottenuto dal Rehn (e pubblicato dal Siegel) nonchè dal König in un bambino di tre anni, cui fu estirpato parzialmente l'organo.

In fine, relativamente alla spiegazione del meccanismo con cui l'ingrossamento del timo produce la morte, Avellis dice che egli non può emettere alcun giudizio esatto, perchè nel suo caso l'autopsia non fu eseguita come era richiesto per formarsi un esatto giudizio. Infatti, invece di praticare la *sezione trasversale* del timo e della trachea *in situ*, fu eseguito il solito taglio longitudinale, onde i rapporti del timo rispetto agli organi limitrofi furono studiati con poca precisione al di fuori del corpo. Quest'errore di autopsia, secondo Avellis, sarebbe avvenuto in altri casi congeneri, e ciò spiega, sia le scarse conoscenze che tuttora possediamo sul proposito, sia perchè molti autori (come per es. il Pott) negano recisamente che l'ingrossamento del timo possa causare la morte.

Per fortuna, in questi ultimi tempi sono stati pubblicati molti casi dimostrativi su tale riguardo. Così, per es., Weigert all'autopsia di un caso nel quale eravi il timo iperplastico, ha asportato dal cadavere la trachea insieme al timo, ha praticato sezioni trasversali di questi due organi, e così ha potuto rilevare una forte compressione della trachea. — Birch-Hirschfeld e Lange menzionano un caso, nel quale, per ipertrofia del timo, la trachea era compressa, ed appariva in forma di guaina di sciabola. Clessin ha pubblicato un caso nel quale l'autopsia fu eseguita col metodo di Weigert. La trachea, a 2 ctm. al di sopra della biforcazione, era così compressa, che nella sezione centrale la parete anteriore toccava quella posteriore, mentre in amendue i lati rimaneva un canale appena pervio ad un ferro da calzetta. — In fine, Avellis crede che in parecchi casi anche la compressione sopra vasi e nervi limitrofi possa determinare l'esito letale. Alle future ricerche è devoluto, ad ogni modo, il compito di chiarire e precisare lo svariato meccanismo con cui l'ingrossamento del timo può determinare l'esito letale.

(Dall' *Archiv. für Laryngologie*, 1898).

V. Meyer

SCHEPPEGRELL dott. W.—*L'elettricità nella diagnosi e nella cura delle malattie del naso, della gola e dell'orecchio. (Electricity in the diagnosis and treatment of diseases of the nose, throat and ear).*

Il Dott. Scheppegrell di New Orleans, già noto per precedenti pubblicazioni, ha testè dato alla luce una opera completa, che laringologi, rinologi ed otologi consulteranno con piacere, e che porta il sopra citato titolo.

Lavori di questo genere reclamano perfetta nozione della materia, precisione, concisione: questi, appunto, sono i pregi del libro, che fa onore al nome. Gli editori, sig.i G. P. Putnam (figli) che godono fama a New-York, come a Londra, ove hanno impiantato i loro uffici, vi hanno profuso lavoro e diligenza. Tipi ed illustrazioni (161) si discutono la palma e certamente riusciranno a far acquistare riputazione all'opera, la quale comincia dalle più interesanti nozioni di elettricità applicata e termina con la descrizione delle manovre operative nell'uso di questa forza, che ha tanto mutata la faccia del mondo, in questa fin di secolo.

MASSEI.

SOCIETÀ LARINGOLOGICA BERLINESE

Seduta dell' 11 marzo 1898

Prima di passare all'ordine del giorno, Fraenkel presenta un tale Atkinson il quale, nelle vie aeree superiori non presenta di speciale che una piccola perforazione del setto nasale nel punto ordinario. Quest'uomo imita i suoni degl'istrumenti da fiato e da corda come pure le voci degli animali, nonchè il registro della voce muliebre.

Passando alla discussione, Flatau conferma che, in questo caso, al pari che in tutti i polifonisti la respirazione e la fonazione funzionano in modo completamente normale. In ciò starebbe la differenza fisiologica rispetto ai ventriloqui.

Kirstein riferisce che in un infermo con tipica paralisi del ricorrente di sinistra, all'esame ordinario non fu nulla constatato per ammettere l'esistenza di un aneurisma. Mediocre ipertrofia del cuore. Lieve ottusità relativa sullo sterno. Una glandola indurita nella regione succlavia sinistra. Il dimagramento e la debolezza fecero supporre un tumore maligno. L'illuminazione con i raggi Roentgen fece rilevare una ombra pulsante, la quale si irraggiava da amendue i lati. Al di sopra scorgevasi una ombra non pulsante, la quale forse corrispondeva ad un tumore maligno.

Grabower ritiene come probabile una pulsazione indiretta, ed avvalora

questa sua asserzione con una osservazione molto dimostrativa, alla quale è annesso il reperto necroscopico.

Scheier mostra alcuni preparati di ossificazione del ligamento stilo-joideo.

Fraenkel presenta il preparato di un carcinoma del lato sinistro della faringe il quale si era avanzato fin nella laringe; a prima vista si aveva l'impressione come si trattasse di un prolasso ventricolare. Il carcinoma aveva invaso fin le cartilagini laringee. L'esame microscopico fece rilevare che trattavasi di un carcinoma teratode.

Prima di passare all'ordine del giorno, mostra alcuni preparati, in cui il ligamento stilo-joideo è completamente ossificato. Codesti preparati provvengono da autopsie, e l'O. constatò che una parziale ossificazione di questo legamento non è rara, vuoi perchè l'apofisi stiloide si prolunga molto nel ligamento, vuoi perchè, a partire dal piccolo corno dell'osso joide, l'ossificazione procede in sopra, onde in ultimo producesi un osso completamente nuovo, l'osso stilo-joideo. L'O. presenta due bellissimi preparati della raccolta di Virchow, nei quali si scorge una ossificazione completa. È noto che, nella maggioranza degli animali, il ligamento è, in massima parte, osseo.

Max Scheier parla sulla ossificazione delle cartilagini aritenoidi, e fa rilevare che, mentre per lo passato, l'accurato studio dell'ossificazione della laringe fu possibile soltanto con laboriose preparazioni anatomiche e con l'esame microscopico, oggi, con i raggi Roentgen si ha un nuovo mezzo di indagine per studiare, nel modo più evidente che mai, l'ossificazione della cartilagine. Le immagini ottenute con i raggi di Roentgen dànno, circa la delicata disposizione a forma trabecolare del tessuto osseo nonchè sulla sua struttura interna, un quadro più evidente e più netto di quanto possano darlo le più delicate sezioni ossee. Per lo passato, l'ossificazione delle cartilagini laringee fu riguardata spesso come una malattia che insorge nell' età inoltrata della vita. Nella maggior parte dei grandi Manuali moderni è detto che l'inizio dell'ossificazione rimonta all'età media o innoltrata della vita. L'O. riassume brevemente ciò che nella Letteratura è accennato sul proposito; indi, riferisce brevemente i risultati a cui finora è pervenuto. L'ossificazione della cartilagine è un processo onninamente fisiologico, il quale incomincia pressochè verso il 18°—20° anno della vita. La calcificazione, e rispettivamente l'ossificazione, si esplicano quasi costantemente nelle singole cartilagini; però, la intensità varia da un individuo all'altro. Si inizia nella cartilagine tiroide, al margine posteriore della lamina. I nuclei ossei si vedono — sul diaframma — sul corno inferiore; in alcune immagini si vede il primo nucleo anche nel corno superiore. In ultimo si ossifica tutto il margine posteriore. Mentre dalle immagini si può rilevare che, nelle donne, le due lamine tiroidee si ossificano — precipuamente attraverso la espansione delle masse ossee posteriori— in avanti, negli uomini accade ben altro. In essi la ossificazione si diffonde

dal corno inferiore in avanti, lungo il margine inferiore della lamina: e si constata una sottile zona di ossificazione, che dal tubercolo tiroideo inferiore procede in sopra ed in avanti, con che la lamina cartilaginea viene divisa in due metà. Diffondendosi ulteriormente l'ossificazione in avanti e posteriormente—oltre a che dal corno superiore lungo il margine superiore della lamina in avanti e dalla porzione anteriore del margine inferiore in sopra, lungo il margine mediano—le due insule cartilaginee divengono sempre più piccole, finchè in ultimo tutta la cartilagine è ossificata. Nella maggior parte degl' individui codesta zona ossea linguiforme non perviene mai dal margine superiore in giù. Al pari che sulla cartilagine tiroide, anche sulle cartilagini cricoide ed aritenoide le zone di ossificazione presentano una certa simmetria. Scheier presenta un gran numero di laringi, pertinenti alla raccolta del professore Virchow, le quali sono completamente ossificate. Indi espone il nesso fra la ossificazione ed i processi patologici, la successione cronologica dell' ossificazione in singole cartilagini e le ragioni della differenza che mostrano le forme di ossificazione. In ultimo, prende a minuta disamina l'ossificazione della laringe negli animali, tra i quali egli finora ha esaminato cavalli, cani e scimie.

Seduta del 1 aprile

Rosenberg parla della importanza dei raggi Roentgen per la diagnosi laringoscopica.

Per eliminare, quanto più possibile, le molteplici sorgenti di errore, sono necessarii alcuni studii preliminari, praticati sul cadavere. Fra le cause, che possono indurre in errore, Rosenberg fa rilevare specialmente l'ampliamento dell' ombra sternale, che può irradiarsi, pulsando, ad amendue i lati, senza che trattisi di aneurisma vero: per es. nelle dilatazioni da stasi per tumori intratoracici; per lo più, qui si vede anche l'ombra del tumore che esercita la compressione. Nel caso di spostamento laterale, si vede la pulsazione in un punto non ordinario. La pulsazione allora è più forte da un lato che dall'altro. Per determinare la profondità di questa ombra pulsante rispetto all' ombra corrispondente del cuore della colonna vertebrale, l'O. raccomanda l'illuminazione per trasparenza, sia in senso trasversale, che diagonale. L'importanza di questo metodo consisterebbe nel modo stesso com'è combinato. Rosenberg osservò molti casi di aneurismi, di tumori retrosternali e di carcinomi dell'esofago. Dalle osservazioni risulta l'importanza dell'esame actinoscopico nel senso sopra mentovato.

Scheier fa rilevare la importanza di questo metodo in alcune ricerche fisiologiche: per es. la posizione dell'epiglottide nel canto e nella deglutizione. Per rendere maggiormente visibili gli organi ed i movimenti, egli raccomanda di applicare una pasta addizionata di bismuto, ovvero di far bere acqua.

Rosenberg addita le grandi illusioni in cui si può cadere nell' interpretare i leggieri movimenti delle ombre projettate dalle parti molli. Nella differenza tra i risultamenti ottenuti da Scheier e quelli conseguiti da altri autori, Rosenberg ravvisa una pruova che l'illuminazione per trasparenza non è un metodo di esame rispondente a tali scopi.

Prima di passare all'ordine del giorno, Gluck tiene parola della Laringoplastica. Riferisce che gl'infermi di tumori maligni della laringe, da lui presentati alla Società Laringologica due anni or sono, ed operati, vivono ancora e sono guariti. Di una ultima seria di 14 casi operati, 13 sono guariti. E dei casi che oggi egli presenta alla Società Laringologica, ve n'è uno nel quale — per carcinoma della laringe, dell' esofago e delle glandole cervicali — è stata praticata l'estirpazione totale della laringe con resezione dell'esofago ed estirpazione delle glandole carcinomatose con esofagoplastica. Negli altri infermi con analogo fatto patologico è stata chiusa la comunicazione in sopra, ed è stata fatta la laringoplastica in modo che la cavità, prodotta con l'operazione, fu rivestita internamente di cute.— L'O. opina che il successo delle operazioni praticate col suo metodo sia da attribuire soprattutto alla resezione trasversale della trachea. Con la plastica si impedisce la stenosi cicatriziale. In un secondo infermo, presentato alla Società laringologica, trattasi di tubercolosi laringea, per la quale fu estirpata tutta la laringe con l'epiglottide. Da 24 settimane il lume è stato rivestito di cute. Nel sito dell' epiglottide e della rima vi è un'apertura labbriforme, attraverso la quale l'infermo respira. La cute si è alquanto modificata nel suo carattere senza metaplasia epiteliale; però, all'ispezione esterna essa dà l'impressione come se si trattasse di un tessuto mucoso. L'impiego della cute per ricostruire parti di organi cavi, viene in ultimo completato adoperando un lembo per chiudere le aperture anteriori. Nel movimento di deglutizione si vedono le pliche cutanee accollarsi l'una sull'altra.

Treitel mostra un caso di papillomi multipli, in un adulto. Durante il trattamento si ebbe a constatare che i papillomi recidivavano facilissimamente, e sviluppavansi anche in punti fino allora liberi.

Alexander presenta una inferma con erosioni caustiche della mucosa orale e dell'esofago, prodotte da un farmaco.

Passando alla discussione, Fraenkel fa rilevare il grande vantaggio che presenta il metodo di Gluck per il « trattamento consecutivo ». Forse questo metodo potrebbe essere adibito anche nella estirpazione unilaterale, perchè, seguendo il processo di Gluck, si può, consecutivamente, cucire di nuovo la trachea.

Heymann fa rilevare che nel tisico, presentato alla Società laringologica, all'esame del polmone si constata che le condizioni sono migliorate.

Fraenkel opina che ciò possa dipendere da che è migliorata la deglutizione.

Gluck afferma che la resezione della trachea col suo processo e con quello di Feller, in origine, fu escogitata e stabilita per tutte le gravi operazioni sulle vie aeree superiori; ma ora è stata limitata soltanto all'estirpazione della laringe. Le osservazioni generali in altre malattie a focolajo laringeo e pulmonare, dimostrano l'influenza favorevole sul reperto pulmonale, dopo rimozione di focolai laringei.

Heymann dichiara che dopo i risultati così splendidi e lampanti di Gluck, controllati a luce meridiana, non è più il caso di prendere in considerazione il mònito dato da alcuni chirurgi, specie della Germania del Sud, i quali hanno lanciato una specie di invito a tutti i colleghi, esortandoli ad eseguire l'estirpazione totale della laringe il meno che sia possibile.

Fraenkel osserva, a proposito della comunicazione di Treitel, che la peculiare ben nota frequenza, con cui recidivano parecchi papillomi, fa supporre che realmente vi sia una papillomatosi di natura costituzionale.

Passando all'ordine del giorno, Kuttner e Katzenstein tengono parola della paralisi del ricorrente, ed affermano che essi hanno sottoposto ad un' accurata disamina le obbiezioni di Grossmann, praticando gli esperimenti secondo tutti i dettami da costui prescritti. Le misurazioni furono fatte col laringometro di Exner, e più tardi sotto il controllo dell'apparecchio di Musehold. I risultamenti collimano, in massima, con quelli di Grossmann. Pertanto, furono ottenute, in media, cifre alquanto più rilevanti:

1,2-1,5 massima strettezza, secondo Grossmann:
2,1 » » » Kuttner e Katzenstein.

In amendue i casi trattavasi di giovani animali. Non è possibile dare una spiegazione esatta. Probabilmente, ciò dipese da che gli animali, adoperati a Berlino per l'esperimento, erano di più grossa taglia.

Per risolvere la questione, relativa al crico-tiroideo, fu eseguita una nuova serie di esperimenti, dai quali risulta che essi agiscono come tensori, ma non come adduttori *strictu rigore*. Onde sarebbe scalzata pure la deduzione di Grossmann, cui si riferisce la supposta funzione adduttiva del cricotiroideo. A ciò si aggiunga che dal Semon e da altri precedenti osservatori, la cosiddetta posizione cadaverica non è stata mai identificata con la cosiddetta posizione di equilibrio. Inesatta è l'opinione di Grossmann, cioè che non sarebbe stato veduto il primo stadio della paralisi del postico.

In ultimo l'O. riferisce che nei suoi esperimenti, nei quali eliminò la funzione dei postici, constatò quanto segue: dopo l'eliminazione funzionale unilaterale si ha posizione obliqua della corda vocale (fino a 2 1[2 mm. di distanza dalla linea mediana), dopo la narcosi un ravvicinamento maggiore alla linea mediana, fino a 1-1 1[2 mm.; talvolta posizione di adduzione con l'altro muscolo. Nella eliminazione funzionale dei due crico-aritenoidei postici, la massima ampiezza della rima glottidea perviene fino a 4 mm, e se vi si aggiunge la narcosi si ha dispnea, sovente soffocazione. Dopo la recisione dei due ricorrenti, la glottide si dilata.—In un cane, nel quale fu

soppressa la funzione di un postico, l'animale morì quando fu reciso l'altro ricorrente.

Grabower afferma di avere ottenuto risultati identici a quelli conseguiti dal precedente oratore.

Katzenstein crede che nella teoria di Grossmann non vi sia nulla di nuovo nel vero senso della parola, e che essa, in fondo, si riduca all'antica teoria, accampata dalla scuola di Vienna, circa l'azione del crico-tiroideo.

Kuttner fa rilevare che ciò che hanno esposto gli oratori si riferisce unicamente ai concetti di Grossmann, ma non alla teoria del Semon, la quale, così, viene ad essere avvalorata, ma non dimostrata.

Seduta del 1º luglio

Prima di passare all' ordine del giorno, Scheier mostra preparati di injezione, di cui sono stati presi gli schiagrammi. Trattasi di vasi linguali e laringei.

1) Heyman riferisce: *a*) un caso, nel quale, otto anni or sono, fu constatata una pericondrite aritenoidea sifilitica con ossificazione di un tratto della cartilagine. Da alcuni anni Heymann osservò un impedimento unilaterale, ai movimenti di una corda vocale, che insorge intermittentemente ogni anno, e poi si dissipa di nuovo. Circa la questione che potrebbe accampaisi, se cioè trattisi di un disturbo funzionale oppure meccanico, l'O. opina che esso sia di natura isterica, perchè non vi sono fenomeni flogistici.

b) Inferma di 19 anni, con edema dell'epiglottide e del ligamento aritenoideo corrispondente di destra. Rossore della pelle della faccia e del collo. Dissesto dell'attività cardiaca, senza l'ombra di un disturbo meccanico. Lo stesso fenomeno si constata nella madre dell'inferma. Diagnosi: edema non angioneurotico, ma per infezione consecutiva ad una tonsillite.

Passando all'ordine del giorno, Herzfeld afferma che all'esame di un falegname di 60 anni trovò le due corde vocali completamente immobili, in posizione cadaverica. Afonia nel tentativo di pispigliare e di tossire. Il sondaggio dell'esofago fece rilevare un impedimento nella regione della biforcazione. Dopo alcuni giorni l'infermo morì nel coma. L'autopsia fece rilevare un grosso carcinoma dell'esofago nella regione della biforcazione. Esso sporgeva in giù per 8 ctm. Ambedue i nervi inglobati in tessuto carcinomatoso, ai due lati dell'esofago. Nello stomaco una cicatrice al di sotto del cardia; e al di sotto una lacerazione della mucosa, che l'O. crede prodotta dal sondaggio.

Grabower ritiene importante l'esame dei nervi laringei superiori. Se questi appariscono integri, ciò dimostrerebbe, con rigore scientifico, la posizione cadaverica nella paralisi del ricorrente.

Fraenkel vorrebbe che si facesse l'esame del crico-tiroideo.

Grabower opina, che se il crico-tiroideo si addimostra integro, ciò costituirebbe la pruova che esso è un muscolo ausiliare degli adduttori.

Kuttner domanda se l'infermo soffrisse dispnea nel salire le scale, o qualche cosa di simile.

Herzfeld risponde che egli non ha osservato ciò.

Flatau crede che la lesione violenta non avrebbe potuto essere evitata neppure con le sonde molli.

2) Flatau tiene parola del carcinoma primario dell'epiglottide. Riferisce la storia clinica di un infermo di 56 anni, il quale si presentò a lui, accusando sensazione di pressione e di ostacolo nella deglutizione. L'esame locale fece rilevare un tumore epiglottico, incurabile, grosso quanto una noce moscata, il quale era sviluppato soprattutto a destra, dove anche il ligamento faringo-epiglottico era inspessito. Nel mezzo del tumore, dal lato orale vedevasi una convessità bianco-giallastra, nel cui punto più prominente eravi una piccola repressione. La faccia dorsale del tumore, che in massima parte non si scorgeva, mostrava a destra un infossamento, il quale sembrava corrispondere al tratto superiore di una esulcerazione. Le glandole erano intatte. Poichè l'infermo asseriva che per lo passato era stato contagiato di sifilide, a titolo di prova fu dato il joduro di potassio.

Dopo otto giorni, il tumore ed i disturbi subbiettivi erano diminuiti. Trascorsi altri quattordici giorni (l'infermo fu ulteriormente osservato dal collega Lunin a Pietroburgo) il neoplasma ricominciò a crescere. L'esame istologico fece constatare che trattavasi di un carcinoma. Del decorso di questo caso, sarà tenuto parola più tardi dal prof. Gluck, il quale eseguì l'operazione.

Il preparato, che Fraenkel presenta alla Società Laringologica, mostra che il tumore prese punto di partenza dall' epiglottide ed invase secondariamente la lingua. Nell'epiglottide si vede il massimo sviluppo delle masse carcinomatose ed in avanti e sopra la superficie dorsale si rileva l'incipiente esulcerazione. Da questo punto le masse carcinomatose si approfondano, e poi, assottigliandosi gradatamente, si fanno strada nella lingua.

3) E. Meyer riferisce sopra un epilettico, con empiema del seno mascellare a sinistra. Dopo l'apertura (son già trascorsi quattro mesi), non sono più apparsi altri attacchi epilettici.

4) Finder mostra un preparato, che ha importanza per l'istologia patologica della tonsilla faringea. Trattavasi di lacune affette ha dilatazione cistica. Il contenuto consta di cellule epiteliali affette da degenerazione grassa e detrito. Parecchie lacune confluivano con quelle limitrofe. — Inoltre, presenta un tumore di una tonsilla con contenuto analogo e numerose cisti. In una trama connettivale con formazione dei setti, eravi il tessuto adenoide propriamente detto. Le cisti erano analoghe alle suddescritte forme da ritenzione di natura lacunare. Il tegumento parietale corrisponde a quello della cute. Il connettivo era affetto da degenerazione jalina.

5) L'O. mostra una tonsilla estirpata con grosso inspessimento epiteliale od infiltrazione sub-epiteliale, che *intra vitam* fu riguardato come condiloma *lato*.

Alexander presenta un tumore della pinna nasale, asportato da un uomo di 47 anni. Il tumore presentava il colore della cute ed il volume di una noce avellana, ed aveva una larga base di impianto. Il neoplasma era così duro, che sembrava un eccondroma. L'esame istologico fece rilevare che trattavasi di un fibroma duro.

T. S. FLATAU

VARIA

Riportiamo, a titolo d'onore, i nomi di quei giovani che si laurearono quest'anno, scegliendo per la loro tesi di laurea argomenti di Laringologia o Rinologia.

Essi sono:

1) Scalfari Giuseppe Antonio — Sifilide laringea e sue forme.—Approvato con $\frac{90}{110}$.

2) Motta Antonio — Quale dev' essere la nostra condotta in presenza di una laringostenosi?—Approvato con $\frac{105}{110}$.

3) Chiarelli Pietro — Corizza difterica primaria.—Approvato con $\frac{85}{110}$

4) Manduca Michele—Contributo allo studio della tubercolosi laringea.—Approvato con $\frac{88}{110}$.

5) Sicilia Pietro—A proposito di un caso di vegetazioni adenoidi.—Approvato con $\frac{92}{110}$.

Di tutte fu relatore il prof. Massei. Augurii ai nuovi dottori.

***

Se è vero che l'indole di questo giornale c'impedisce di occuparci di argomenti di otologia, non ci vieta però, oltre ad essere cortesi nell'accusare ricevuta delle pubblicazioni di questo genere che ci arrivano, anche talvolta, di annunziarle in questa rubrica. Ora è la volta di due pubblicazioni del dott. T. Rosati, della Clinica otologica di Roma.

Nella prima dal titolo: *l'esame dell'udito nei militari di marina.—considerazioni di medicina legale*, l'A. dimostra «la necessità di rivolgere maggiore interesse, che ora non si faccia, all'accertamento dell'udito nei militari di mare e la possibilità che si ha ora di poterlo fare, purchè s'intenda seguire l'esperienza e la scienza». Rileva i difetti dei nostri regolamenti specialmente su quanto riguarda le norme nell'apprezzamento dell'acuità uditiva. Addita i mezzi che l'Otologia e l'esperienza suggeriscono per determinare meglio i limiti della diminuzione dell'udito; ma, poichè l'imperfezione dei vari apparecchi *ad hoc* non affida dei risultati, così si serve dei limiti di audizione normale della voce afona, e stabilisce doversi ritenere causa d'inabilità al servizio militare in marina:

a) *la diminuzione dell'udito bilaterale* per la voce afona al di sotto di cinque metri;

b) *la diminuzione dell'udito unilaterale*, per la voce afona al di sotto di due metri, con udito normale dall'altro lato.

Occorrerà riferirsi a questi limiti, s'intende, qualora si faccia uso di un qualsiasi apparecchio; ed egualmente occorrerà che questo esame fosse più rigoroso nelle ammissioni per arruolamento volontario come macchinista, fuochista e timoniere. Con questi criteri l'A. vuole che si modificasse l'art. 49 dell'*Elenco delle infermità ed imperfezioni esimenti dal servizio militare.*

Nella seconda pubblicazione dal titolo: *l'ossigeno nelle suppurazioni croniche dell'orecchio medio*, il dott. Rosati si dà a controllare i risultati decantati recentemente (1896) da Stoker in seguito di questa medicatura ossigenica gassosa nella cura di alcune affezioni del naso e dell'orecchio; ma egli avendola sperimentata sopra parecchi infermi della Clinica otologica di Roma, seguendo i dettagli di tecnica di quell'A., riepiloga i risultati dei suoi esperimenti nelle seguenti *conclusioni*:

1.° la cura diretta col gas ossigeno, nelle suppurazioni croniche dell'orecchio medio, non è di facile attuazione, sia per difficoltà di tecnica che non rendono il metodo preciso, sia per ragioni individuali degl'infermi od estranee (poca tolleranza, insofferenza per la cura prolungata, costo di essa ecc.).

2.° Gli esiti della cura, anche eseguita con ogni possibile precisione e per molto tempo, o sono negativi, o pochissimi lusinghieri.

3.° Ad ogni modo, il metodo di cura col gas ossigeno non si presenta punto più vantaggioso e più semplice di quello con il biossido d'idrogeno (acqua ossigenata).

***

Abbiamo ricevuto un'assai pregevole pubblicazione, della quale teniamo pure a dar conto ai nostri lettori: la *relazione statistica sanitaria dei Corpi della R. marina e del personale da essa dipendente per il biennio 1895-96.*

Si rileva da essa che le condizioni sanitarie della nostra armata furono in questo biennio considerevolmente migliori in confronto a quelle dei precedenti periodi statistici, essendo sensibilmente diminuite le medie della morbosità e degli infermi giornalmente in cura per mille della forza.

Le medie, infatti, della morbosità che dal 1873 al 1892 avevano oscillato da circa il 700 ad oltre il 400 per mille, e che nel 1893-94 erano venute diminuendo al 382 ed al 352, segnarono relativamente nel 1895-96 il 375 ed il 354 per mille. Quelle poi degli infermi giornalmente in cura si limitarono nel biennio al 29 ed al 28 per mille, mentre per un periodo di circa 10 anni avevano sempre seguito la curva dal 32 al 33 per mille.

Il numero dei riformati, sia per la più severa scelta al momento dell'assuzione in servizio: sia anche per il migliorato stato fisico delle nostre genti, si mantenne in proporzioni tutt'altro che elevate, 8,41 e 7,72 per mille, e quello dei decessi raggiunse nel 1895 la bassa media di appena 3,95 per mille, non osservatasi dal 1890 in poi.

Fu elevata al contrario la media dei decessi nel 1896 avendo raggiunto la cifra di 9,82; ma occorre osservare che appunto in quest'anno, la febbre gialla scoppiata funesta a bordo dello regia nave Lombardia a Rio Janeiro, diede da sola un contingente di mortalità del 5,66 per mille, e che un'altra media di 0,77 per mille di decessi fu dovuta agli 8 militari periti nella sommersione di una torpediniera ed ai 10 caduti sotto il ferro omicida di orde selvaggie di Somali a Lafolé. Si ebbe complessivamente per questi casi una maggiore media di 6,43 per mille, e per poco che essa fosse detratta da quella totale di 9,82, residuerebbe una media di 3,39, inferiore a quella dell'anno precedente.

Questa pubblicazione essendo stata iniziata nel 1873, costituisce ora oltre un ventennio di osservazioni.

Le malattie veneree e sifilitiche, trattandosi di statistica sanitaria di Corpi militari, costituiti specialmente di giovani, furono come sempre le più numerose, ma in minori proporzioni però di quelle del biennio precedente, e con una differenza in meno di oltre il 10 per mille, tanto per le malattie veneree che per le sifilitiche.

Esaminato il decorso che siffatte malattie hanno avuto da noi da oltre venti anni a questa parte e constatate le varie oscillazioni di maggiore o minore frequenza dal 1873 al 1888, esse, dopo un elevarsi continuo dal 1889 al 1891, andarono sempre decrescendo fino al 1896 con significante progresso.

Dal paragone delle medie dei casi di malattie occorsi fra la forza a terra e quella imbarcata, appare che la morbosità fra i militari accasermati fu in più alta proporzione e ciò prova che il militare a bordo vive in un ambiente igienico migliore che a terra.

In complesso da ventiquattro anni ad oggi il passo di progresso nel

benessere fisico del nostro marinaio è stato assai lungo e considerevole, essendo scemate di circa la metà le medie della morbosità e dei decessi.

Nè ciò è poca cosa per la civiltà, per le famiglie, per la nazione, perchè si traduce praticamente nel fatto che tante giovani vite chiamate alla difesa del proprio paese, per la più severa scelta al momento della assunzione in servizio, per il continuo progredire delle scienze mediche e per la igiene maggiormente curata, vengono oggi quasi integralmente restituite alle domestiche occupazioni ed al proficuo lavoro professionale, dei commerci e delle industrie marinaresche.

Questi brevi cenni mostrano ad oltranza l'importanza del libro, che è pure elegante nella forma e di tipi nitidissimi.



Riceviamo e publichiamo:

Ill.mo Signore

Questa Direzione si fa dovere di rimettere alla S. V. una copia della *Relazione Storica dell'Ospedale « Maria Vittoria »* pubblicata in questi giorni da benevola persona allo scopo di far meglio conoscere i pregi dell' Opera, e procurarle nuove risorse e nuove adesioni di Soci.

L'*Ospedale « Maria Vittoria »* dopo di aver superate le difficoltà economiche dei primi dieci anni, incontra ora nuove spese per la costruzione di un Padiglione, richiesto dalla progressiva necessità di *aumentare il numero dei letti per i poveri* ed estendere il benefico sollievo a tante misere donne e bambini.

Infatti, a tutto il 31 dicembre 1897, vennero quì ricoverati *gratuitamente* n. 1257 donne e n. 468 bambini, con una complessiva degenza di *60840 giornate*, alla quale spesa vennero destinate *tutte* le somme raccolte per la Beneficenza e buona parte delle rette degli ammalati a pagamento.

Questa Direzione, convinta di essere stata finora l'interprete fedele dei pietosi sentimenti di tutti i Benefattori dell' Ospedale, confida nell'avvenire... e porge alla S. V. Ill.ma i sensi di viva riconoscenza per tutto l'interessamento ch' Ella vorrà avere per questa esplicazione della Carità.

Con tutta stima ed ossequio

Il Presidente
Emanuele Di Rorà

La publicazione, splendida nel vero senso della parola, riguarda il movimento di un decennio, dalla fondazione (1887) a tutto il 1897.

Le illustrazioni che l'adornano, rivelano la bellezza ed eleganza dei locali,

la scrupolosità della assistenza e delle operazioni, e basta scorrere quelle pagine per persuadersi che l'opera filantropica merita l'attenzione dei medici e di chiunque senta amor di prossimo.

Noi, nel dare annunzio di questa pubblicazione (che ci fu gentilmente inviata dalla Direzione) non potremmo meglio addimostrare l'interesse che in noi ha destato, se non facendo un caldo appello alla carità cittadina: chiunque versa alla sede dell' Ospedale od alla Banca del Credito Industriale (Torino, n. 11 via Santa Teresa), la somma di lire 10 annue per cinque anni consecutivi (o lire 50 in una sol volta) va annoverato fra i soci effettivi temporanei della caritatevole istituzione.



Con piacere apprendiamo ed informiamo i nostri lettori che l'egregio dottor St. Clair Thomson è stato testè nominato Medico del *Throat Hospital* di Golden Square, in Londra. Rallegramenti ed augurii.

Nella prima decade di luglio u. s. soccombeva ad irreparabile morbo, in Messina, sua città natale, dopo aver varcato di poco i 50 anni, il professor **Francesco Trombetta.**

Legato a lui da una forte amicizia, che portava la data del nostro studentato, la triste ed improvvisa nuova mi schiantò il cuore!

Il **Trombetta**, che tenne per molti anni, con competenza, la cattedra di *Clinica Chirurgica* nell' Università di Messina e che onorò, col suo nome la lista dei collaboratori di questo giornale, ebbe, accanto ad indiscutibili meriti scientifici; due grandi qualità: l'amore al lavoro, sino al sagrifizio di sè stesso, quando, anzichè poltrire negli agi della sua splendida posizione, mai dette riposo alla fenomenale attività; ed una lealtà di carattere e di forme, che lo rendevano amico prezioso.

Lavoratore ed onesto si mostrò all'alba della sua carriera; tale si mantenne in tutta la parabola che descrisse, ed instancabile e puro è sceso nella tomba!

È esempio che va spesso rievocato; è memoria cara ed indelebile: il suo nome tocca il cuore e spreme lagrime, ed io commosso e lagrimante bacio la terra che lo copre!

F. MASSEI.

LIBRI VENUTI IN DONO

TRIIFILETTI dott. A. — Associazione di fenomeni isterici a lesioni organiche dell' orecchio. Firenze, 1898.

ORO prof. M. — Ricerche comparative batteriologiche e sperimentali sui bacilli capsulati di Pfeiffer e di Frisch. Napoli, 1898.

FINK dott. E. — Ueber neuropathische Epistaxis. Wien.

GAREL dott. J. — Hématomes, abcès et kystes séreux de la cloison nasale. Paris, 1898.

JOURDANET dott. P. — De la dysphagie douloureuse prolongée dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge aux trois periodes. Lyon 1898.

KUTTNER e KATZENSTEIN. — Zur Frage der Posticuslähmung. Berlin, 1898.

ROSATI dott. T. — L'esame dell' udito nei militari di Marina. Roma, 1898.

— L'ossigeno nelle suppurazioni croniche dell'oreochio medio. Roma, 1898.

GOODALE dott. J. L. — An etiologic study of atrophic disease of the upper air passages based upon an examination of two hundred cases. Chicago, 1898.

— On the treatment of certain forms of cervical lymphadenitis by the introduction of medicinal substances into the crypts of the faucial tonsils. 1898.

CHIARI prof. O. — Beiträge zur Diagnose und Therapie des Laryngkrebses. Berlin, 1898,

ROSENBERG dott. A. — Pachydermia laryngis (« Laryngitis desquamativa »). 1898.

— Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose der für den Laryngologen in Betracht kommenden intrathoracischen Geschwülste. Berlin, 1898.

— Pharyngologische Mittheilungen. 1897.

SCHEPPEGRELL dott. W. — Electricity in the diagnosis and treatment of diseases of the nose, throat and ear. New-York, London, 1898.

AVELLIS dott. G. — Was ist der sogen. typische inspiratorische Stridor der Saüglinge? München, 1898.

— Epikrise eines Falles von nicht ganz plötzlichem Thymustod, verursacht durch (vicariirende) Thymus—Vergrösserung bei rudimentär kleiner Milzanlage. Berlin, 1898.

POLI prof. C. — Sindrome cerebellare in ascesso cerebrale otitico, 1898.

MARTUSCELLI dott. G. — Significato pronostico di alcuni sarcomi nasali. Torino, 1898.

LEVY dott. R. — Serions consequences following intranasal operations. Denver, Colorado.

La redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

Indice dei lavori originali

Indice alfabetico degli autori dei lavori originali

Riviste di Opere e Giornali







ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

ANNO XIX - 1899

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Prof. ALESSANDRO TRIFILETTI

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

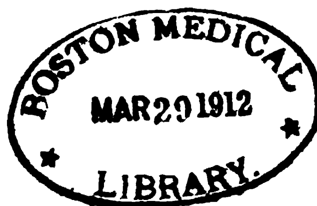
Il talloncino vale come ricevuta.

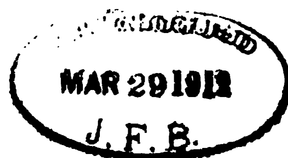
I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

ANNO XIX - 1899

NAPOLI
TIP. VELARDI E FARAONE
Largo Tarsia 9.





Dispensario di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. F. MASSEI

PARTE ORIGINALE

RENDICONTO DELL'ANNO SCOLASTICO 1897-98

(ANNO XVII D'INSEGNAMENTO)

pel Prof. A. TRIFILETTI
Coadiutore della Clinica

Ci limiteremo, quest'anno, seguendo la consuetudine presa, alla semplice esposizione statistica degl' infermi osservati e curati nel detto Dispensario; senonchè, rimarrà a cura degli Assistenti della Clinica d'illustrare brevemente, più tardi, in pubblicazioni a parte, alcuni di quei casi o alcune di quelle categorie morbose che hanno destato maggiore interesse.

Come *piccola cronaca* della Clinica premettiamo che anche quest'anno non è mancato di funzionare il Gabinetto per ricerche microscopiche, batteriologiche e sperimentali annesso all'Ambulatorio, in modo da avere agio il Direttore di fare delle lezioni clinico-dimostrative (1), e qualcheduno della Scuola l'opportunità di compiervi qualche lavoro scientifico (2).

Gl'iscritti al corso, giovani laureandi e Dottori, sono stati 84: un numero, cioè, non indifferente, per quanto non tutti siano soliti

(1) Dette lezioni, fra le altre, hanno riguardato: un caso di tubercolosi primaria della laringe,—un caso di vegetazioni adenoidi del cavo naso-faringeo, — un altro di rinite pseudo-caseosa, — un altro di crup laringo-tracheale prolungato, — un altro di mixoma naso-faringeo, ecc. ecc. Lo scrivente, poi, oltre (come al solito) alla parte teoretica sull'anatomia e fisiologia della laringe, ha disimpegnato il compito della *dimostrazione sperimentale*, sui cani, dell' innervazione motrice della laringe (periferica e centrale).

(2) Veggasi: G. Prota e G. Martuscelli — Sarcoma della tonsilla linguale — negli: *Archivii Italiani di Laringologia*, fasc. 3, luglio 1898; — ed A. Trifiletti — Esperienze sui canali semicircolari dell' orecchio, nei colombi, quale contributo alla fisio-patologia di detti canali — nella *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 103, 1898.

ad essere presenti nell'istesso tempo, il che, pur volendo, sarebbe stato inattuabile, attesa l'insufficienza dei locali.

Cinque allievi della Scuola hanno scelto, a tesi di laurea, argomenti della specialità. A titolo di onore ne diamo i nomi e la punteggiatura riportata da ciascuno.

1) Scalfari Gius. Antonio — *Sifilide laringea e sue forme.* Approvato con 90|110. — 2) Motta Antonio — *Quale deve essere la nostra condotta in presenza di una laringo-stenosi?* Approvato con 105|110. — 3) Chiarelli Pietro — *Corizza difterica primaria.* Approvato con 88|110. — 4) Manduca Michele — *Contributo allo studio della tubercolosi laringea.* Approvato con 88|110. — 5) Sivilia Pietro — *A proposito di un caso di vegetazioni adenoidi.* Approvato con 92/110. — Di tutte queste tesi è stato relatore il Prof. Massei.

Ciò posto, il numero degl' infermi, iscritti nei registri del Dispensario, dalla metà di novembre a tutto luglio, è asceso a 1168 (1).

I detti infermi, a secondo dell' organo o degli organi maggiormente affetti, possono essere ripartiti nelle seguenti grandi categorie morbose:

---

(1) Ecco, per l' opportuno confronto, le cifre degl'infermi osservati negli anni precedenti.

Nel primo anno scolastico (1881-82) si ebbero in cura (allora in Dispensario funzionò per soli 5 mesi) . . . . . infermi 162

nel 2° anno (1882-83)	»	707
nel 3° e 4° anno (1883-85)	»	1066
nel 5° anno (1885-86)	»	856
nel 6° anno (1886-87)	»	870
nel 7° anno (1887-88)	»	1047
nell'8° anno (1888-89)	»	1305
nel 9° anno (1889-90)	»	1178
nel 10° anno (1890-91)	»	616
nell'11° anno (1891-92) in soli 5 mesi	»	857
nel 12° anno (1892-93)	»	1171
nel 13° anno (1893-94)	»	1114
nel 14° anno (1894-95)	»	1097
nel 15° anno (1895-96)	»	1225
nel 16° anno (1896-97)	»	1018
in quest'ultimo anno	»	1163
Totale infermi		15452

Malattie delle fosse nasali, dei seni nasali e del cavo naso-faringeo	*296*
Malattie della faringe, dell'istmo delle fauci e del cavo orale	*587*
Malattie della laringe, della trachea e del corpo tiroide	*263*
Malattie dell'esofago	*3*
Varia	*14*
Totale come sopra	*1163*

In ciascuna di queste grandi categorie sono comprese, poi, le seguenti forme morbose osservate:

Malattie delle fosse nasali, dei seni nasali e del cavo naso-faringeo.

Riniti croniche, semplici, crostose, ipertrofiche od atrofiche, complicate, o non, ad epistassi, a faringite, ad eczema, a follicolite delle pinne, ecc.	N.°	223
Ozena	»	11
Difterite nasale	»	1
Stenosi nasale per deflessione o spine del setto	»	5
Sinusiti (mascellare 2, frontale 2)	»	4
Sifilide nasale	»	13
Mixomi nasali (fossa sinistra 8, destra 5, bilaterali 7)	»	20
Pseudo-rinite caseosa da tumore carcinomatoso disfatto	»	1
Tumore del setto cartilagineo, nella fossa nasale destra	»	1
Sarcoma della fossa nasale destra	»	1
Tumori del cavo naso-faringeo (fibroma, sarcoma, ecc.)	»	5
Epitelioma della cute del dorso del naso	»	1
Osteo-sarcoma dell'antro d'Higmoro di destra	»	1
Lupus nasale (circoscritto alle narici)	»	1
Vegetazioni adenoidi del cavo naso-faringeo	»	4
Corpi estranei delle fosse nasali	»	3
Fistola nasale congenita	»	1
Totale, come sopra		296

Malattie della faringe, dell'istmo delle fauci e del cavo orale.

Faringiti acute, semplici	N.	7
Faringiti croniche	»	361
Tonsilliti acute	»	14
A riportarsi N°.		382

	Riporto N°.	382
Tonsilliti difteriche	»	2
» follicolari	»	12
» flemmonose ed ascessanti	»	18
» croniche con ipertrofia	»	78
Ascesso retro-faringeo idiopatico	»	5
Papilloma della tonsilla sinistra	»	1
Sifilide secondaria (faringe, istmo, bocca)	»	13
» terziaria	»	49
Paralisi del velo (post-difterica o da altre cause)	»	3
Infiltrazione del velo (neoplastica?)	»	1
Stomatiti (semplici, gangrenose, per scottature)	»	4
Follicoliti della base della lingua e glossite	»	2
Sifilide gommosa della lingua	»	2
Periostite scrofolosa del palato duro	»	1
Ranula	»	2
Epitelioma della lingua	»	1
Sarcoma della tonsilla linguale	»	1
Epitelioma faringo-laringeo	»	1
Leucoplachia linguale ed orale	»	4
Papilloma della lingua	»	1
Gengiviti e cisti dentarie	»	4
	Totale, come sopra	587

Malattie della laringe, della trachea e del corpo tiroide.

Laringiti acute, semplici	N.°	15
» croniche	»	76
Laringiti localizzate alle corde (corditi)	»	11
Tracheite catarrale emorragica (1)	»	15
Laringo-stenosi croniche (per sifilide, per diaframma ipoglottico, ecc.)	»	7
Sifilide terziaria della laringe	»	13
Tubercolosi laringea	»	60
Lupus laringeo (con manifestazioni cutanee)	»	2
Tumori laringei benigni	»	14
» » maligni (epitelioma)	»	2
Paralisi completa della corda vocale sinistra per compressione del ricorrente da aneurisma aortico	»	8
	A riportarsi N°.	223

(1) Su questo argomento ha già scritto il prof. Massei.

Riporto Nr.	223
Paralisi completa della corda vocale sinistra per nevrite »	2
» » » » » per carcinoma »	1
» » della corda vocale destra . . . »	1
Paralisi bilaterale dei costrittori della glottide (adduttori) . . . . »	1
Paralisi isterica delle corde . . . . »	4
Paresi delle corde . . . . »	10
Voce eunucoide . . . . »	2
Contrattura spastica della corda vocale sinistra . »	2
Crup . . . . »	3
Stridore laringeo per timo persistente . . . . »	1
Corpi estranei della trachea (1) . . . . . . »	2
Gozzo semplice . : . . . . »	8
Pericondrite tiroidea. . . . . »	2
Paralisi labio-glosso-laringea. . . . . »	1
Totale, come sopra	263

Malattie dell' esofago.

Stenosi cicatriziale dell'esofago . . . . . . N.°	3

Varia.

Aneurisma aortico senza compressione dei nervi ricorrenti . . . . N.°	4
In osservazione . . . . »	10
Totale, come sopra	14

I vari *atti operativi* eseguiti su molti di questi infermi hanno riguardato: asportazione di mixomi nasali e retro-nasali, svuotamento delle fosse nasali, sbrigliamenti di stenosi cicatriziali

(1) La presenza del corpo estraneo fu indubbiamente riconosciuta, col laringoscopio, una sola volta, e trattavasi, di un seme di zucca — Nell'altro era a sospettare (sopetto giustificato da taluni sintomi) parte di un nocciuolo di prugna.

delle coane per pregressa sifilide, trapanazione con trapano elettrico della fossa nasale sinistra, tonsillotomie uni o bilaterali, spezzettamento delle tonsille, uvolotomie, scarificazione di tonsille infiammate, apertura col bisturi di ascessi tonsillari, vuotamento di ascessi retro-faringei in bambini ed adulti, asportazione di papilloma tonsillare, di polipi laringei e di vegetazioni adenoidi del cavo naso-faringeo, raschiamento con tubo fenestrato di O' Dwyer in un caso di papilloma laringeo, cateterismo della laringe e trachea, intubazione in adulti; oltre alle iniezioni di siero antidifterico in casi di crup, ecc.

A PROPOSITO DI UN CASO DI LUPUS LARINGEO

Comunicazione alla Società Italiana di Dermatologia, fatta in Torino, nella tornata del 30 Settembre 1898

dal Prof. F. MASSEI

(con una tavola)

Cspitato tanto cortesemente da personaggi così preclari, io sento, anzitutto, il dovere di ringraziare l'illustrissimo sig. Presidente, che ha accolta la mia dimanda; il chiaro prof. de Amicis, che mi è stato padrino in questa presentazione; tutti voi, egregi colleghi, dai quali attendo lumi e consigli con questa breve comunicazione.

Circa 3 anni fa, da un distinto Sifilografo mi venne diretta una bambina di 9 anni, a causa di rilevanti sintomi laringei, nella quale era stata fatta, per talune precedenti lesioni delle pinne e del labbro superiore, la diagnosi di *sifiloderma tubercolo-ulcerante*. L'esame laringoscopico rivelò note di considerevole infiltrazione della epiglottide e di altre parti della laringe, sicchè per questo reperto e l'autorità del collega da cui mi veniva la piccola inferma, io credetti, a buon dritto, che le lesioni laringee fossero parimenti di natura sifilitica.

Consigliai d'insistere sopra un energico trattamento specifico, locale e generale, e non vidi se non dopo un anno la bambina; quando, seppi che erano state assiduamente praticate molte iniezioni ipodermiche di sublimato e si erano usati a larga mano i ioduri, ma senza verun miglioramento delle manifestazioni cutanee e laringee.

Le prime, invero, erano rimaste su per giù stazionarie; e riguardo a laringe, non solo l'epiglottide era sempre infiltrata, di colorito rosa-pallido, col suo margine libero seghettato, ma anche le aritenoidi erano interessate, tanto che, difficoltata l'abduzione delle corde, alla raucedine si era congiunta, negli ultimi tempi, dispnea.

Questi pochi dati mi convinsero che mi trovava di fronte ad un *lupus*, e questa volta pure la diagnosi mia venne accreditata

dal parere di parecchi membri dell' Istituto Dermo-sifilopatico di Napoli, i quali caratterizzarono le lesioni cutanee come quelle di un *lupus tubercolo-ulcerante.*

Notai altresì consimili manifestazioni sull' ugola ed i pilastri; ma un accorto esame stetoscopico e plessimetrico del torace escludeva qualsiasi compartecipazione del pulmone.

L'esame batterioscopico dell' espettorato e delle secrezioni direttamente raccolte dalla laringe, riuscì negativo pei bacilli di Koch; onde, alle solite cure generali, io aggiunsi applicazioni locali di resorcina e cominciai a raschiare le parti maggiormente infiltrate della epiglottide. — Durante una di queste manovre, si determinò tale spasmo della laringe, che io stava per perdere la piccola inferma, se non avessi subito praticata la intubazione; la quale, nel tratto successivo, riuscì splendidamente a debellare la laringo-stenosi; sicchè a capo di un certo tempo ogni sintoma dispnoico scomparve e la voce si ripristinò, tuttochè persistesse un notevole grado d'infiltrazione della epiglottide e delle aritenoidi, come si potrà rilevare dalla figura che mi onoro presentare (v. la tav. fig. 1).

Il materiale che mi era procurato col raschiamento, volli utilizzare a scopo diagnostico; ma le inoculazioni nelle cavie non dettero risultamenti positivi, e soltanto l'esame istologico confermò la natura tubercolare della lesione, come è facile rilevare da questa altra figura, che devo alla gentilezza del dottor Martuscelli, mio assistente (v. la tav. fig. 2). *

La presenza delle cellule giganti e la disposizione delle cellule epitelioidi all' intorno è abbastanza significativa; tale è pure l'avviso di reputati istologi, dai quali feci controllare i preparati.

Mi sia permesso ricordare, a questo proposito, che da qualche tempo in qua, è appunto codesto esame che io utilizzo per quei casi di lesioni tubercolari della laringe, di dubbio aspetto, primarie, nelle quali i ripetuti esami batterioscopici negativi ci allontanerebbero dalla vera natura del male.

Malauguratamente per la piccola paziente a cui ho alluso, in questo momento, uno stato di progressiva cachessia, sintomi polmonari spiccatissimi, e molti bacilli nell' espettorato, confermano la diagnosi di un anno fa.

Dai fatti che ho sinteticamente narrati, noi possiamo tirare le seguenti conclusioni non disprezzabili per la pratica:

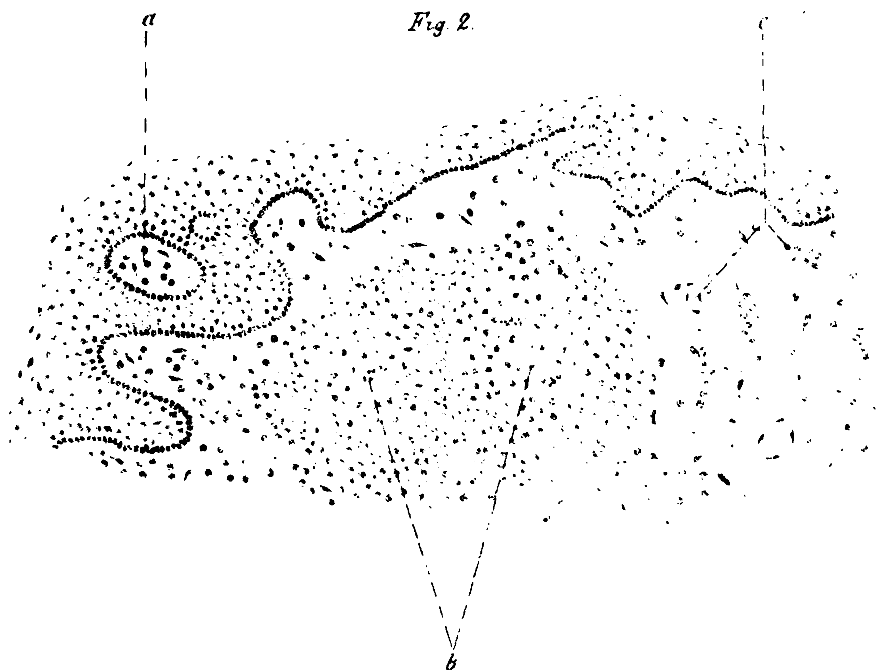
---

* *a* Sezione dell'epitelio normale e delle papille.
b Tubercoli con cellule giganti al centro.
c Capillari.

Fig. 1.



Fig. 2.



1) la difficoltà di una diagnosi differenziale fra lesioni lupose e sifilitiche, certe fiate ed in principio, ed anche quando quelle della pelle coincidono con interessamento delle mucose;

2) i buoni servigi che può rendere la intubazione alle laringo stenosi da lupus laringeo;

3) i preziosi aiuti che fornisce l'esame istologico di pezzetti di tessuto, specie quando l'esame batterioscopico e le inoculazioni negli animali reattivi non rispondono affermativamente.

Il che non deve sorprenderci, quando pensiamo alla scarsezza dei bacilli od alla completa assenza in quei brani asportati, se pur non vogliamo invocare l'attenuazione del bacillo medesimo.

Ma io devo lealmente confessare, o Signori, che non mi sarei permesso richiamare l'attenzione vostra su queste cose ben note, se non mirarsi ad altro ideale.

Un anno fa, in seno alla Società Laringologica Londinese, alla quale mi onoro appartenere, un valoroso collega, il dott. St. Clair Thomson, presentava un infermo con *lupus della laringe* e *tubercolosi pulmonare* per discutere sull' associazione delle due lesioni. Il reperto batterioscopico dell' espettorato era positivo pei bacilli di Koch, le lesioni pulmonari erano bilaterali ed eran seguite a manifestazioni lupose del naso. Nel dibattito, malgrado quello che da Friedländer, Chandeloux, Vidal, Leloir (1871-72) a Pfeiffer, Doutrelepont, Demme, Schuchardt, Krause, Koch, e poi a Max Schüller, Martin, Lingard e Calantoni, noi avessimo appreso intorno alla presenza della cellula gigante e del follicolo tubercolare nella cute affetta da lesioni lupose; malgrado le nozioni relativi alla presenza del bacillo di Koch ed ai risultamenti positivi di inoculazioni negli animali, Stewart emise opinione che si potesse trattare, in quel caso, di *tubercolosi laringea* e non di *lupus*; mentre Lack e Bond affermarono di aver osservato casi di *lupus delle prime vie aeree* che, dopo *alcuni anni*, terminarono *con la tisi*.

Sebbene troppo nota la relazione fra lupus della pelle e la tisi, dice St. Clair Thomson, Bosworth, non più tardi del 1896, ha affermato (nei suoi eccellenti trattati) di conoscere un sol caso (quello di Thoma), nel quale il lupus della gola coincideva con depositi tubercolari in altre regioni.

Ebbene o Signori, se la meraviglia vostra (al pari di me convinti che il lupus della laringe è, in fondo, come il lupus della pelle, la tubercolosi) nell' udir questo, non è inferiore a quella che io ho provato alla lettura degli atti della detta tornata, vi avrà già fatto intravedere che, per protestare (come ho fatto

io in seno alla Società Laringologica Londinese) contro questo dualismo, non vi è miglior modo che chiamare il *lupus* della laringe col suo vero nome; cioè definitivamente radiare questo capitolo a beneficio di quello sulla tubercolosi della laringe, visto e considerato che fra lupus e tubercolosi della laringe non vi è, in sostanza, che una sola differenza: la comitanza di lesioni cutanee nel primo caso.

Se non che la causa di questo lamentevole errore, permettete che lo dica, sta appunto nel continuare a chiamare *lupus* alcune forme della *tubercolosi cutanea*. So bene che *clinicamente* le varie forme del lupus volgare e del lupus eritematoso devono andar distinte dalla tubercolosi verrucosa della pelle e dal tubercolo anatomico, dalla tubercolosi ulcerosa e la tubercolosi gommosa; ma mi sia lecito dimandare a quale cosa sono valsi tanti studii batterioscopici e sperimentali se, dopo aver conosciuta la vera natura di un'affezione, noi continuiamo a fare omaggio a Manardo, che da 4 secoli dorme tranquillo sul « *quasi lupus famelicus proximas sibi carnes exedit* „ ?

È una offesa gratuita alla patologia ed alla logica: alla patologia, la quale insegna che il lupus, in fondo, è la tubercolosi cutanea: alla logica, la quale ammonisce di non chiamar e con due nomi differenti la stessa cosa.

Per i provetti, la confusione non è che apparente: si distingue il lupus volgare, con le sue varietà, e l'eritematoso dalla tubercolosi cutanea propriamente detta (con le rispettive specie); si afferma che le prime sono espressione di tubercolosi meno virulenta delle altre; che la inoculazione diretta si traduce più ordinariamente, se non costantemente, in forma di tubercolosi papillomatosa; che il lupus volgare è la prima manifestazione della tubercolosi, mentre le ulcerazioni tubercolari sono per lo più lesioni secondarie risultanti da un' auto-inoculazione; ma chi, digiuno di cognizioni in proposito, si senta chiamato a veder chiaro nell'intricato problema, finisce per domandarsi se bastano semplicemente le differenze cliniche a perennare questa distinzione, mentre unica è la causa, identico l'agente patogeno!

E quando dal lupus della pelle noi passiamo a quello delle mucose, noi vediamo ancora più, da quel che ho riferito, la confusione che ingenera, gli errori che provoca codesto inopportuno omaggio al passato.

Epperò mi pare di sentire dire questo: il lupus volgare è una tubercolosi attenuata, e riguardo al lupus eritematoso, noi non

abbiamo ancora una prova apodittica che sia della stessa natura di quello.

Ad onta di queste savie obbiezioni, io non trovo ancora giustificata una separazione di due forme morbose, soltanto in rapporto ad un diverso grado di virulenza; nè so comprendere perchè la localizzazione del bacillo ora nel corion, ora nel corpo papillare o nelle glandule sebacee, dia diritto a creare due nomi differenti. E neppure mi soddisfa il criterio della *primarietà* o *secondarietà* della lesione, per cangiar la denominazione di una stessa cosa, come estranea alla nomenclatura devesi ritenere la sorgente della tubercolosi tegumentaria, sia essa prodotta da diretta inoculazione dall'esterno, per contiguità, o per la via ematogena.

Le svariate localizzazioni dell'agente patogeno e le molteplici vie per le quali arriva in quei dati tessuti, spiegano la polimorfia, le possibili complicanze, la diversa gravità della forma, ma non ci autorizzano a smembrare un capitolo, già di per sè stesso importante, per crearne tanti altri, che certamente non sono di facile intelligenza.

E poi questa *attenuazione* è inappellabilmente dovuta ad attenuazione del bacillo od alle condizioni anatomiche in mezzo alle quali si trova e vive il bacillo, come Lesser ha fatto notare?

Io devo citare, a questo proposito, a titolo di onore, talune belle ricerche sperimentali del dottor Olimpio Cozzolino, fatte nel 1895 nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Napoli e sotto il controllo del prof. de Giaxa.—Or bene, le inoculazioni nel dorso di conigli di una cultura pura di bacilli tubercolari, diluita in brodo, han dimostrato:

1) che i bacilli tubercolari sono andati progressivamente diminuendo nei giorni successivi alle inoculazione, fino a rimanerne un numero addirittura esiguo dopo 4-6 mesi;

2) che questi han presentato le alterazioni caratteristiche e progressive della forma che si vuole considerare come normale in loro;

3) che codesta tubercolosi sperimentale si diffonde costantamente, dopo un lungo periodo che oscilla tra 4-9 mesi, negli organi interni, il pulmone a preferenza.

La cute rappresenta fino ad un certo punto una barriera protettiva contro la generalizzazione del processo, in virtù della rigorosa separazione fra le vie sanguigne e linfatiche; ma è una barriera che si può infrangere sotto date condizioni, e quindi

niuna meraviglia può suscitare la possibile diffusione della tubercolosi in altri organi.

Se io, quindi, non erro, la tubercolosi cutanea è, in massima parte, per ragioni anatomiche, una tubercolosi *attenuata*, più o meno a seconda degli strati che interessa e secondo il modo onde si origina; ma questa attenuazione non salva chi è affetto da lupus da possibili futuri danni, spesso irreparabili, e rappresenta sempre la triste spada di Damocle.

Nel 1890 osservai un caso di lupus laringeo primario; fu fatta la tracheotomia per la grave laringostenosi; la bambina si riebbe come per incanto, ma presentò, dopo, segni di *tubercolosi meseraica*. Nella clinica del de Amicis, mi è stato detto, ad un caso di lnpus cutaneo seguì tubercolosi *renale*, e chi sa quanti altri esempii più dimostrativi potrò io apprendere oggi per bocca vostra!

Restano le tenebre intorno al lupus eritematoso; ma quando si pensa che forme varie di tubercolosi possono coesistere sulla cute di uno stesso individuo, e persino nella stessa regione; quando si pensa che, secondo taluni, il lupus eritematoso può trasformarsi in quello volgare e che le obbiezioni mosse poggiano sul dubbio di un possibile scambio con il lupus volgare (parlo di quelle forme di lupus eritematoso che dettero risultamento positivo alle inoculazioni); non è esagerato prevedere che il tempo potrà rendere giustizia anche a questa forma equivoca.

— Signori. Io non mi dissimulo le difficoltà che s'incontrano quando si tende o demolire un'abitudine, che vanta 4 secoli di età, nè saprei negare che il convenzionalismo soffrirebbe per l'innovazione; però, nell'affrontare gli strali della vostra arguta critica, io ho, in mio favore, il conforto dei fatti.

Ora, se, come ho detto, anche voi consentirete che la voce *lupus* è una offesa al buon senso ed ai progressi moderni, è pur giusto che la riparazione venga data non da un nome oscuro, come il mio, ma dall' autorità di uomini competenti, come i membri della Società Dermatologica Italiana.

Napoli, 24 Settembre 1898.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. F. MASSEI

STATISTICA DI ALCUNI TUMORI

OSSERVATI DURANTE L'ANNO SCOLASTICO 1897-98

pel Dott. G. MARTUSCELLI
Assistente

Le operazioni eseguite quest'anno, dal prof. Massei, nell'Ambulatorio Clinico, per tumori o neoformazioni specifiche furono al numero di 28, mentre le osservazioni sommano alla cifra importante di 62; la rilevante differenza tra queste e le operazioni fatte, è da addebitarsi in massima parte al non essere più ritornati gli infermi e, solo per pochi casi, all'averne noi inviati alcuni alle Cliniche Chirurgiche.

Nel resoconto di quest'anno io mi atterrò a descrivere i reperti ottenuti dei singoli tumori esaminati, soffermandomi solamente su quelli che risultarono più degni di menzione. Credo bene, poi, far precedere alle varie descrizioni uno specchietto riassuntivo di tutti i casi occorsi, classificandoli nel seguente modo:

SEDE			N.° osservazioni	Natura delle lesioni
a) naso	regione esterna		1	tumore
	fosse nasali	cornetti	20	2 lupus; 18 tumori
		setto	2	1 lupus; 1 tumore
b) cavo naso-faringeo			9	veg. ad. 4; tumori 5
c) tonsille e pilastri			1	tumore
d) palato			1	»
e) lingua			9	tum. 3; leucopl. 4; ranule 2
f) laringe	epiglottide		2	lupus
	aritenoidi		1	tumore
	seno di Morgagni		2	tumori
	corde vocali		9	»
	regione ipoglottica		3 (1)	»
	cartilagini		2	pericondriti
		Totale	62	

(1) Questi tre infermi non fecero più ritorno.

I. — Sarcoma della lingua

N. N. di circa 25 anni, di ottima costituzione, si presentò all'ospedale verso il principio dell'anno scolastico decorso, per una neoformazione che da poco le era apparsa all'apice della lingua. Asseriva che mai si erano manifestate simili affezioni in sua famiglia e che godevano tutti buona salute. L'ammalata faceva risalire l'attuale lesione a varii mesi avanti; ella aveva l'abitudine di giocare con un pappagallo, bocca con becco, e di ripetere spesso nella giornata simile passatempo. Or sono alcuni mesi, notò che all'apice della lingua si andava formando un tumoretto roseo e rotondo, della forma e grandezza di un piccolo cece. Non vi dette pensiero più che tanto, e seguitò ad accudire il pappagallo. Ma col passare dei mesi il tumoretto, benchè lentamente, pure ingrandiva ed allora, impensierita, ricorse al nostro consiglio.

Quando osservammo il tumore, aveva la grandezza di un chicco d' uva ed era perfettamente rotondo, aderente alla lingua, senza peduncolo, soltanto distinto da questa mercè uno strozzamento. Egualmente rosso sulla sua superficie, avea una consistenza maggiore dell' organo stesso, ma non era di durezza molto rilevante. La compressione non provocava dolore; l' unico inconveniente era la difficoltata articolazione della parola. Fu consigliata l'operazione, che le venne eseguita nella Clinica Chirurgica Universitaria, dal prof. Gallozzi; dall' ottimo collega dottor Petrone ho potuto, in seguito, avere il tumore asportato.

L'etiologia faceva propendere per una lesione comunicata dal pappagallo: psittacosi, oppure tubercolosi.

Alla prima si potea pensare in principio, perchè è noto che la psittacosi può cominciare con l'apparizione di bottoni linguali, e quì il bottone linguale era più che evidente; ma mancavano gli altri dati, come le placche boccali, l'ingorgo delle glandole vicine, ecc., e, poi, non si manifestò il periodo di stato, caratterizzato dai fenomeni tifoidi (1). Di più il pappagallo mai mostrò sintomi di tale malattia, la quale, è noto, termina, quasi sempre, con esito letale.

---

(1) Descalzas. La psittacose—Gaz. des hôp. 26 sept. 1896.—A. Gilbert e L. Fournier. Bull. de l'Acad. de Med. 20 octob. 1896.

Quanto alla tubercolosi trasmessa dal pappagallo, nemmeno era facile ammetterne la esistenza: 1) perchè simile affezione si trasmette d'ordinario dall'uomo all'animale (Eberlein—*Die Tuberkulose der Papagei—Monats. f. prakt. Thierheil. Vol. V.— Hyg. Rundsch, Vol. V*); 2) perche su di esso nulla si osservava di una tale affezione nè sulla lingua, nè sul capo. Eberlein avendo riscontrato nei pappagalli ammalati che furono portati alla Clinica Veterinaria di Berlino, il 36,6 °/o di tubercolotici, dice che, in questi, l'affezione è sempre cronica e l'anatomia patologica è identica a quella dei gallinacei. Le produzioni cornee della pelle sono composte generalmente da tessuto di granulazione propriamente detto, che racchiude frequentemente piccoli tubercoli gialli, come pure parecchi bacilli tubercolari e masse cornee che li circondano.

Bouchard afferma che la tubercolosi del pappagallo merita una menzione speciale. Presso quest' uccello si osservano frequentemente delle lesioni tubercolari della pelle, delle mucose; del tessuto connettivo sotto-cutaneo, delle ossa e delle articolazioni. Queste lesioni si presentano sia sotto l'aspetto di tumori composti d'uno strato periferico fibroso e di una parte centrale caseosa o cretacea, sia sotto quello di piaghe ricoperte da voluminose produzioni cornee.

L'esame istologico del tumore conferma che non si trattava punto delle affezioni ora cennate. Infatti, si nota un tessuto fibroso ricchissimo di elementi nucleati, allungati e riuniti in fasci, che si presentano, nelle varie sezioni, tagliati in tutti i sensi, incrociandosi in vario modo fra loro. Questa formazione di tessuto così ricco di elementi giovani, rappresenta tutto quanto v' è di notevole. La diagnosi istologica è di *sarcoma fascicolato.*

È perciò, questo, un tumore sorto dal tessuto fibroso della lingua, originato probabilmente pel continuo e lungo toccare del becco del pappagallo.

È dunque una osservazione degna di nota, la presente; e perchè trattasi di un sarcoma della lingua (affezione, come ebbi a dire altra volta, assai rara); e perchè, dato il momento etiologico, sarebbe, in tal caso, la prima del genere.

II. — Mixomi nasali

Riunisco 12 casi operati e studiati al microscopio, perchè trattasi di *mixomi nasali* che non offrirono nessuna particolarità

istologica. Essi si sono presentati: bilaterali una sola volta; in 4 infermi a destra, in 7 a sinistra; 8 volte nelle donne, 4 negli uomini. L'età degli infermi varia dai 12 ai 70 anni; solo quattro volte l' età fu oltre i 27 anni. In due infermi i tumori pendevano nel cavo naso-faringeo.

III. — Adeno-mixomi nasali

Fabiani Achille, di 48 anni, ammogliato, da Napoli, sarto, di costituzione scaduta. Fu in cura, or son due anni, per sifilide. Attualmente presenta occlusione della fossa nasale destra ed all'esame rinoscopico si notano, in questa, due polipi impiantati sul cornetto medio. Viene operato con l'ansa fredda il 18 novembre 1897.

Esaminando al microscopio le sezioni dei due tumori, si rilevano i seguenti caratteri. Il rivestimento epiteliale si presenta completo per tutta la superficie dei tumori: il tipo epiteliale è il cilindrico vibratile stratificato, il che corrisponde perfettamente con la sede notata (cornetto medio). Al disotto dell'epitelio, v'è un connettivo formato da sottili fibre, le quali si intrecciano in una rete a maglie larghe, riempite da tessuto mucoso. Nei punti ove le fibre connettivali si intersecano, vi sono cellule stellate o ramificate. Inoltre si trovano, in mezzo a questo tessuto, alcune sezioni di acini ghiandolari e di tubi escretori; questi ultimi un pò dilatati. Nulla si nota quanto al loro epitelio di rivestimento, affatto normale. La diagnosi istologica è di *mixo-adenomi.*

IV. — Fibro-mixoma nasale

Romano Raffaele, di 48 anni, ammogliato, da Fuorigrotta, operaio. Presenta ostruzione nasale completa per mixomi bilaterali, che occludono le coane. La malattia data da otto mesi. Viene operato con l'ansa di Wilde.

Al microscopio i tumoretti presentano la caratteristica, da me già notata in altro lavoro: tutti i vasi sono circondati da strati concentrici di cellule endoteliali, di modo che risaltano, nel loro numero abbondante, anche a piccolo ingrandimento, con molta evidenza. Di più, in certi punti, la struttura è quella mista, tra *fibrosa* e *mixomatosa*. Le cellule mixomatose, però, occupano buona parte dei preparati.

V. — Fibroma molle del naso

Noviello Pasquale, di 49 anni, da Ischia, ammogliato. È affetto da ostruzione nasale per tumori, più marcata a destra. La malattia data da un anno; vien praticata l'asportazione di varii tumoretti, dall'aspetto trasparente, che vengono diagnosticati mixomi. Guarigione.

L'esame microscopico d'uno di essi mostra un tessuto composto da sottili fibrille connettivali, divaricate fra loro da sostanza linfoide. Pochi vasi ed una scarsa infiltrazione leucocitaria completano la struttura di questo tumore. Non si notano acini o dotti glandolari; l'epitelio di rivestimento è cilindrico. Diagnosi istologica, *fibroma molle*: gli altri tumoretti non presentano varietà di struttura.

VI. — Sarcomi nasali recidivanti

Francesco Colella, di anni 58, da Maschito (Basilicata), ammogliato, fu da noi visitato la prima volta il 19 decembre 1896 per occlusione completa della fossa nasale destra, da una voluminosa massa che deformava alquanto il naso e rendeva difficile l'applicazione dello speculo.

Fu operato di asportazione di due tumori e di masse informi di colorito bianco sporco, miste a sangue, in quantità oltremodo abbondanti, che fluivano a grossi pezzi dalla narice secondo che eran tratte fuori dal cucchiaio. Verso la fine del 1897, ritornarono gli stessi sintomi dell'anno precedente e di nuovo si procedette all'asportazione di un tumore ben circoscritto. Stette bene sino al novembre dell'istesso anno. Da tale epoca cominciò di nuovo l'occlusione della fossa nasale, sino a riempirsi del tutto, tanto che nel marzo del 1898 viene per la terza volta operato.

Il 30 giugno u. s. ritorna a farsi osservare: il tumore, che s'è riprodotto, ha invaso l'antro di Highmoro destro e la parete interna dell'orbita, in modo da dare esottalmo a destra. Nell'occhio, l'alterazione pare sia cominciata dal sacco lagrimale e che da questo si sia estesa all'orbita, abbastanza profondamente, da dare l'esottalmo di oltre 1 cm. L'infermo ricusa di far esplorare il sacco lagrimale.

Per l'estensione assunta dal neoplasma, si invia l'ammalato all'ospedale degli Incurabili ove vien ricevuto per essere operato

radicalmente; ma tutt'a un tratto ricusa qualsiasi intervento operativo e fa ritorno in paese.

L' importanza di questa osservazione è riposta nel fatto che per due anni consecutivi la neoplasia sarcomatosa ha potuto fare i suoi progressi in un certo modo subdolo, nel senso, cioè, che s'è riprodotta, è vero, ma ogni nuova riproduzione è caratterizzata da un tumore ben circoscritto e di volume eguale agli antecedenti. Stabilita la diagnosi di *sarcoma*, non v' era bisogno di ulteriori indagini istologiche; fu per questo che, nelle asportazioni consecutive, i tumori furono conservati, e non esaminati: ma, quando le cose ebbero presa subitamente (in circa 2 mesi e mezzo) una si triste piega, volli riesaminare i preparati della prima asportazione e quelli dei tumori tolti in seguito, onde cercare di cogliere il progredire della neoplasia. Difatti, gli elementi neoplastici che nei primi preparati erano disposti fra le maglie di un connettivo fibroso, ed in spazii equidistanti fra loro, nei tumori asportati la seconda e la terza volta divenivano enormemente numerosi e stivati.

Il connettivo di stroma è scomparso e rimane solo, quà e là, un fine reticolo, dalle maglie divaricate e quasi sempre interrotte, a rappresentare le gittate fibrose notate la prima volta. Ovunque elementi sarcomatosi, sino alla periferia, ove l'epitelio è quasi tutto distrutto.

Ora è il caso di fare brevi considerazioni. In due precedenti lavori ho trattato dei sarcomi nasali, ed in tutti e due va compreso il caso di Colella. Or bene, nell'ultimo di essi, a proposito della diagnosi istologica dei sarcomi nasali, io venni alla conclusione che la forma endoteliale è la più frequente e benigna fra quelle dei sarcomi; ma che non è la sola e ve n'ha d'assai più gravi. All'epoca della compilazione di quel lavoro, non s'era ancora avuto riproduzione del tumore ; invece, in un ammalato a nome Petrilli, il quale oggi è tuttora immune da riproduzione, era avvenuta la recidiva. Ma dei due tumori asportati la prima volta al Colella, uno aveva l'aspetto endoteliale, mentre l'altro era un sarcoma a cellule rotonde. Le conclusioni adunque messe in fine di quel lavoro non sono per nulla infirmate; è certamente da addebitare il succedersi dei nuovi e gravi fatti alla coesistenza della forma sarcomatosa globulare, che è conosciuta essere delle più maligne. Sta il fatto che anche un sarcoma globo-cellulare può riprodursi più volte con l'apparenza di un tumoretto simile per forma e grandezza al precedente, senza dare altri sintomi; e perciò questo riprodursi nelle istesse condizioni di forma e grandezza, non è più, come

si poteva pensare, arra di relativa benignità di tumore a triste indole. Conseguenza di ciò è che bisogna ad ogni riproduzione riesaminare esattamente i caratteri istologici dei tumori asportati, confrontandoli con i precedenti, ed osservare se con una forma endoteliale sia associata qualche altra , come nel presente caso, perchè allora, quest'ultima, deciderà dell'ulteriore andamento della lesione.

VII. — Epitelioma (o lupus?) del setto

Umbro Eduardo, di 29 anni, ammogliato, da Napoli, operaio. Viene osservato il 21 aprile 1898 per un tumore del setto cartilagineo, della grandezza di un lupino, di consistenza duro-elastica, diagnosticato probabilmente fibroma o condro-fibroma. Sintomatologia: ostruzione della fossa nasale destra e facili epistassi. Si asporta il tumore con l'ansa fredda e si raschia col cucchiaio di Volkmann. L'ammalato, dopo alquante medicature, lascia l'ospedale perfettamente guarito. Per i caratteri clinici la neoformazione asportata sembrava affatto benigna; l'esame istologico, invece, ha mostrato che non si tratta di fibroma, nè di condro-fibroma; ma rileva una struttura del tumore così speciosa, da non permettere una sicura diagnosi.

Esso è rivestito da epitelio pavimentoso stratificato per quasi tutta la superficie, in alcuni punti è ulcerato. Ora, dall'interno di questo rivestimento epiteliale, promanano alquante digitazioni che si approfondano abbastanza nel tessuto sottoposto, e si uniscono fra loro formando quasi una rete epiteliale. Però è bene dir subito che l' elemento epiteliale non è quello che dà la caratteristica al preparato, e difficilmente si potrebbe, in vista delle digitazioni, per massima parte lunghe ed esili, stabilire la diagnosi di epitelioma.

Fra le medesime rimangono degli spazii, simili ad enormi papille in sezione orizzontale, riempiti da una fitta infiltrazione leucocitaria, in mezzo alla quale e più verso la periferia, si notano alcune cellule con protoplasma abbondante e chiaro nucleo, e di cui, alcune rassomigliano più a cellule dell'endotelio, altre più a quelle dell'epitelio. La distribuzione della infiltrazione leucocitaria, in ognuno di questi spazii, è perfettamente come in un follicolo linfatico; vi si nota pure un finissimo reticolo connettivale. Di più, in mezzo alla descritta infiltrazione vi sono accumuli di cellule epiteliali, o simili, i quali hanno forma ovoidale o rotonda e tutti presentano una rilevante distruzione del centro, in modo da dare l' apparenza di tu-

bercoli caseificati; ma non vi sono cellule giganti e non vi ho riscontrato i bacilli di Koch. In altre parti dei preparati, le gittate epiteliali mancano; tutto il tessuto è formato da una infiltrazione parvicellulare equabile, che racchiude varii di quei zaffi epiteliali dai caratteri più su notati.

Sicchè, se per un verso si potrebbe ammettere la possibilità di un *epitelioma*, per un altro, in considerazione di quanto abbiamo descritto, sembrerebbe più attendibile la diagnosi di *lupus;* diagnosi che nemmeno può affermarsi con certezza, per la mancanza di un vero tubercolo e dei bacilli di Koch. Ciò, che fa propendere più per il lupus è la guarigione completa ottenuta, mentre che difficilmente avremmo potuto sperarla con un tumore epiteliale.

VIII. — Pseudo-rinite caseosa da Carcinoma del cornetto medio e dell'Antro

Pitti Maria, di 62 anni, maritata, da Napoli, donna di casa, presenta ostruzione nasale, completa a sinistra. All' esame rinoscopico si nota la cavità zaffata da una massa di consistenza molle e di aspetto caseoso. Si fa diagnosi di pseudo-rinite-caseosa da tumore, e si asporta col cucchiaio di Volkmann una enorme quantità di cotesta massa, mista a lacinie, meglio conservate, di tessuto neoplastico.

Dopo alquanti giorni si ripete lo svuotamento della narice. In seguito si praticano lavande antisettiche, ed apparendo la narice affatto svuotata, l'inferma è dimessa.

L'esame istologico delle varie lacinie del tumore disfatto, ha mostrato l'esistenza di un *carcinoma.* Nei preparati, in mezzo ad un tessuto necrotico, si osservano quà e là, ancora conservati, residui di acini ghiandolari. Essi appaiono enormemente dilatati e sono riempiti da cellule epiteliali cilindriche. In molti punti i sepimenti connettivali degli acini glandolari sono scomparsi; ed allora gli zaffi epiteliali che ne occludono il lume si uniscono fra loro, in modo da formare vasti agglomeramenti cellulari. Si tratta, quì, di un adeno-carcinoma in avvanzata necrosi.

L'inferma ritorna al dispensario il 30 giugno, dopo tre mesi dalla operazione, e si nota riproduzione del tumore con diffusione all'antro di Highmoro e tumefazione dei tessuti della guancia.

È da ammettere che il tumore abbia avuto il suo punto d'origine dalla mucosa dell'antro, e che, vinta la debole barriera che

divide questo dal meato medio, si sia sviluppato massimamente ed a principio, nella narice omonima. Così si spiega il perchè alla osservazione non avendo potuto far tesoro di quella elettrica, per trasparenza, l' antro sembrava normale. In seguito, come è d' ordinario in questi casi, la parziale asportazione non ha che contribuito ad un più rapido sviluppo del triste neoplasma; e noi abbiamo visto come dopo tre mesi la riproduzione si sia avverata, ed in quali proporzioni. Ma nel caso in esame, allora, avremmo noi dovuto bandire qualunque tentativo d'operazione? Nò, perchè: 1) non era possibile, per la presenza di una massa pseudo-caseosa, che può esser data da qualsiasi tumore benigno che si trovi, per cause speciali, in condizione di cadere in necrosi, supporre un neoplasma maligno; 2) perchè l' età avvanzata, unico dato favorevole, non era bastevole per fare ammettere un carcinoma od un sarcoma. E poi, quand' anche la diagnosi si fosse potuta fare e il caso ci fosse parso inoperabile, non si doveva tentare di diminuire le sofferenze all'ammalata, ristabilendo la respirazione pel naso? È perfettamente giusto, e da noi scrupolosamente osservato, che in casi inoperabili si smetta dal vezzo delle molto dannose asportazioni parziali; ma è pure giusto ed umano, riconosciuta la propria insufficienza nel combattere il male, alleviare agli infermi le sofferenze e render più tollerabile quel tanto che loro rimane da vivere.

Un particolare, però, costantemente risulta dalle varie osservazioni da me fatte di carcinoma del cornetto e meato medio, e cioè che, *sempre,* pur quando nulla risulta alla ispezione, sia pure corredata dai migliori mezzi di cui disponiamo, l'antro non è immune. E mi pare che, visto il grave e lesto procedere in tali casi della neoplasia, sì da obbligarci in breve tempo a rimanere semplici spettatori, l' apertura dell' antro, onde permetterne l'ispezione diretta e lo svuotamento, non sia una operazione da bandire, almeno nella massima parte dei casi.

IX. — Carcinoma del faringe nasale

Filotto Vincenza, di 46 anni, maritata, da Napoli, donna di casa, di buona costituzione. L'attuale malattia è di data recente, da poco più di un anno; però è da por mente che l'inferma deve essersi accorta del tumore quando questo assunse grandi proporzioni. L'ammalata accusa dolori alla gola, disfagia, cefalea ed ostruzione nasale completa. L'esame della cavità nasali nulla

fa rilevare di patologico. All' esame del cavo faringo-orale si vede il velo pendolo portato in avanti e gibboso per una massa che lo spinge di dietro. Col dito, si rileva una neoplasia diffusa, a grossi lobi, di consistenza duro-elastica, facilmente sanguinante, che scende dalla volta ed è aderente alla parete posteriore della faringe. Laringe sana.

Si asporta un pezzetto di tumore per l'esame istologico e nel frattempo si sottopone l'ammalata alla cura jodica ed alle lavande locali antisettiche.

Le sezioni istologiche hanno mostrato trattarsi di un neoplasma a carattere maligno, e propriamente di *carcinoma*. Gli elementi del tumore, quasi tutti di forma regolare, piuttosto rotonda, son disposti lungo la rete linfatica, a cumuli, a lunghi cordoni, sì che poco rimane del connettivo basale. Ottenuto un tale reperto, si consiglia all' ammalata di sottoporsi ad una operazione radicale. Dopo, non se ne hanno più notizie.

X. — Vegetazioni adenoidi (1)

Cozzolino Concetta, di anni 14, da Napoli, di buona costituzione. Dall'infanzia è andata soggetta a ripetute corizze; dalla età di quattro anni è obbligata a respirare a bocca aperta, a causa della completa occlusione delle coane. Dal decembre 97 s'è aggiunta una leggiera cofosi. All'esame del cavo naso-faringeo si nota la presenza di vegetazioni adenoidi: l'esame dell'orecchio rileva, a destra, disturbi di tensione e di circolazione. Si procede all'operazione con il coltello di Hartmann il 22 gennaio.

L'esame istologico conferma la presenza del *tessuto adenoide*.

Campanella Concetta, di anni 16, nubile, da Napoli, sarta; è affetta da ostruzione nasale. Fu in cura l'anno passato per mixomi nasali, che vennero asportati; attualmente presenta: rinite ipertrofica con catarro retro-nasale, postumo di mixomi. All'esame del cavo naso-faringeo si notano vegetazioni adenoidi. Viene operata con il raschiatojo di Gottstein il 25 febbraio u. s. L'esame istologico conferma trattarsi di *vegetazioni adenoidi*.

---

(1) Non ho fatto le descrizioni istologiche di altri casi, perchè formano parte di un prossimo lavoro sulle vegetazioni adenoidi del cavo naso-faringeo.

XI. — Papillomi delle corde vocali

De Giacomo Maria, di 17 anni, nubile, da Salerno, di buona costituzione, si presenta con rilevante disfonia. È ammalata da diverso tempo e fu in cura cinque anni addietro per l'istessa affezione.

All'esame laringoscopico si notano varie escrescenze papillomatose all' angolo di commessura delle corde che vengono asportate.

Diagnosi istologica. *Papilloma.*

Russo Gaetano, di anni 10, da Secondigliano, contadino, di costituzione buona, ammalato da circa cinque mesi. Al laringoscopio si nota un papilloma dell' angolo di commessura delle corde. Viene operato col tubo fenestrato di O' Dwyer; riosservato in capo a tre mesi, non presenta più traccia alcuna del tumore preesistente.

L'esame istologico fa rilevare che si tratta appunto di *papilloma.*

Russo Filomena, di anni 14, da Napoli, di costituzione buona, non presenta precedenti morbosi degni di rilievo. Viene al dispensario il 25 gennaio u. s. accusando una notevole disfonia, che data da quattro mesi. All' esame laringoscopico si nota un tumore di colorito roseo, della grandezza di un fagiuolo, che parte dall'angolo di commessura delle corde (parte superiore) e scende nella regione ipoglottica. Si opera con la pinza König. Come s'è rilevato, il tumore parea di un aspetto liscio, uniforme; invece, asportato, si notò che esso presentava delle escrescenze; e perciò la diagnosi fu mutata da quella di fibroma in *papilloma* L'esame istologico conferma quest'ultima; v'è poi di notevole, al microscopio, la grande abbondanza di vasi nelle varie papille. Tutto ciò che è compreso in esse, è dato da sezioni di capillari, le une accosto alle altre, separate da delicati tramezzi di connettivo e da scarsi accumuli di leucociti. L'epitelio di rivestimento delle papille è normale, del tipo pavimentoso stratificato: nei suoi strati più profondi si scorgono varie forme cariocinetiche.

Galanca Rinaldo, di 23 anni, celibe, da Viterbo, guardia di finanza, di costituzione buona. Ammalato da un anno e mezzo. All'esame laringoscopico si nota una escrescenza sul margine libero della corda vocale destra, 3° anteriore, grossa quanto un grano di orzo, allungata ovoide, rosea, peduncolata. Operato con la pinza König.

L'esame microscopico fa rilevare solamente due o tre *papille* sezionate trasversalmente, dall' epitelio perfettamente normale.

XII. — Fibroma cistico della corda vocale

Tramontano Raffaele, di 45 anni, ammogliato, da Capua, impiegato, ammalato da tre anni, si presenta con fenomeni di disfonìa e laringostenosi il 20 gennaio 1898 al dispensario Clinico. All'esame laringoscopico si nota un enorme polipo che parte dal bordo superiore della corda vocale sinistra, e che con la inspirazione scende giù nella regione ipoglottica, mentre nella espirazione arriva a livello della plica ari-epiglottica sinistra. Il 22 gennaio viene operato di tracheotomia dal prof. Salvia e il 9 febbraio il prof. Massei procede all' estrazione del grosso polipo dalla laringe, già enormemente ridotto, mercè la pinza König. La diagnosi clinica è di *fibroma cistico.*

L'esame del tumore ha mostrato, al microscopio, un rivestimento epiteliale pavimentoso stratificato ed un connettivo lasco, abbondantemente infiltrato di leucociti. Al centro del tumore si notano due o tre grandi lacune vasali, la presenza delle quali rende conto del rapido incremento e della notevole riduzione.

XIII. — Cisti laringea

Santoro Salvatore, di anni 20, celibe, da Napoli, marinaio, di costituzione buona, ammalato da cinque mesi. Accusa disfonia e tosse. Cavo naso-faringeo sano. Sul margine libero della corda vocale destra si vede una piccola escrescenza bilobata, quanto una piccola lente, rossa, peduncolata. Si osserva inoltre una iperemia diffusa della laringe: viene operato con la pinza König.

Al microscopio si nota: in uno dei lobi un rivestimento epiteliale pavimentoso stratificato, che chiude perfettamente una cavità, la quale è divisa in poche altre da scarsi sepimenti nemmanco completi, e riempita da una sostanza linfoide.

Un altro lobo, anche rivestito da epitelio pavimentoso stratificato, lascia osservare le sue cavità ripiene, alcune dell'istessa sostanza linfoide, altre di sangue. Uno stretto peduncolo di alcune fibrille connettivali riunisce fra loro i due lobi.

Quì è il caso di parlare veramente di *cisti* laringea, tenuto conto dei pochi sepimenti e dell'aspetto vescicolare, a piccolo ingrandimento, del minuscolo neoplasma. E non si rileva al microscopio altro, fuori di un nastro epiteliale che circuisce una massa linfoide.

Riassumendo la statistica dei tumori operati ed esaminati al microscopio, se ne rilevano le seguenti varietà:

12 mixomi del naso
1 adeno-mixoma » »
1 fibro-mixoma » »
1 fibroma molle » »
1 sarcoma recidivante» »
1 epitelioma (?) del setto »
1 carcinoma dell' antro di Highmoro e del meato corrispondente
1 carcinoma del cavo naso-faringeo
2 vegetazioni adenoidi
1 sarcoma della lingua
4 papillomi delle corde vocali
1 fibroma cistico delle corde
1 cisti laringea

Delle altre 34 osservazioni non ho creduto tener parola, non avendo esse avuto la conferma dell' esame istologico; esame in base del quale è stato redatto il presente lavoro.

Napoli, Decembre 1898.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

Fink dott. E. — *L'Ortoformio nella Rino-Laringologia* (*Orthoform in der Rhino-Laryngologie*).

Dacchè nella Rino-Laringologia è stata introdotta la Cocaina - dice l'Autore - queste due specialità hanno fatto progressi considerevoli. In vero, la Cocaina riunisce in sè due proprietà pregevoli essendo un farmaco vaso-costrittore e dotato di spiccata azione anestetica. Grazie all'azione anestesica della Cocaina si è riusciti ad approfondire ed ampliare la diagnostica in codeste specialità. Sventuratamente, malgrado i numerosi pregi del farmaco, esso ha un inconveniente essenziale: la tossicità, la quale si manifesta specialmente con la sua influenza nociva sul cuore, ciò che non permette di usarla per lungo tempo, neppure nelle persone sane. Nella maggior parte dei cardiaci e negl' infermi affetti da ateromasia, la Cocaina è del tutto controindicata. Inoltre, qui cade pure in considerazione la circostanza che la cocainizzazione, specialmente della mucosa nasale, procaccia una sensazione graditissima, onde molti vi si abituano fino al punto, che inducono il medico a praticarla anche quando non sia del tutto indicata: e sovente accade che gli stessi profani imparino ad applicare la cocaina sulla mucosa nasale e ne facciano lungo uso, e perfino abuso. Con la Cocaina ha fatto capolino nella Patologia una nuova malattia: il Cocainismo, che fa degno *pendant* al Morfinismo.

Tutto ciò spiega agevolmente perchè in questi ultimi tempi sieno state praticate tante ricerche per trovare un surrogato della Cocaina. E così sono venuti in uso la Eucaina e la Tropacocaina. Però, entrambe hanno un valore molto limitato per la Laringologia. La Eucaina, come Ugo Zwillinger ha dimostrato, esercita un forte stimolo sulla mucosa, e produce una iperemia. Inoltre, oppostamente a quanto si credette al principio, essa non è punto innocua, giacchè, secondo le osservazioni di Pouchet, esplica sul cuore un'azione più tossica della Cocaina.

E la stessa Tropacocaina non può essere adoperata nella Laringologia, perchè, secondo Slifert, per solito non produce un' anestesia completa, e neppure una contrazione vasale.

Per fortuna, in questi ultimi tempi è riuscito al chimico, professore Einhorn, risolvere adeguatamente il problema relativo al surrogato della Cocaina, nel senso che oggi spessissimo si può fare a meno di essa. L'*Or*-

toformio sarebbe il mezzo che risponderebbe, nel miglior modo possibile, ai postulati teoretici e pratici della Scienza. È una polvere leggiera, biancastra, pochissimo solubile in acqua. Con l'acido cloridrico forma un composto chimico: il Cloridrato di Ortoformio. Codesto sale è molto solubile; la soluzione ha reazione acida, e, più dello stesso Ortoformio, esplica un'azione anestetica. Però, sulla mucosa provoca un forte bruciore.

L'Ortoformio ha un' azione anestetica molto intensa, però non quando la mucosa è integra. Sembra, invece, che l'azione anestetica si esplichi in grado cospicuo soprattutto nei punti della mucosa che non sono più rivestiti di epitelio e dove le terminazioni nervose sensitive stanno allo scoverto, sicchè il medicamento può influire direttamente su di esse. — Lo stesso dicasi delle corrispondenti lesioni, cioè delle ulcere della pelle. E poichè l'Ortoformio è poco solubile, l'azione anestetica perdura finchè rimane una traccia del medesimo: in parecchi casi finanche una giornata.

Inoltre, l'Ortoformio è datato di proprietà battericide. Esso può, quindi, sostituire completamente tutte le polveri antisettiche che sono in uso nella pratica, e ciò tanto più, in quanto che la sua virtù antisettica è spiccatissima nel più largo senso della parola.

Con ciò sta in nesso anche il fatto che esso menoma la secrezione. Ciò si constata non pure sulle superficie suppuranti, ma spesso anche quando l' ipersecrezione è dovuta ad una flogosi catarrale della mucosa.

In fine, l'Orto ormio è prezioso soprattutto perchè è completamente innocuo. Einhorn si convinse di questo fatto sperimentando sopra sè stesso e sopra altre persone. In un caso, nel quale trattavasi di una signora affetta da carcinoma ulcerato, furono consumati, in breve tempo, non meno di 66 gr., senza che fossero apparse conseguenze nocive di sorta.

A causa di queste proprietà dell'Ortoformio, Fink credette opportuno sperimentarlo altresì nella Rino - Laringologia, per constatare quale effetto utile se ne avesse potuto trarre.

Il preparato, da lui adoperato, fu il Borato di Ortoformio, che, secondo Einhorn, viene ottenuto come segue: si scioglie 1 gr. di Ortoformio in uaa soluzione di 0,4 di Acido Borico su 120 c. c. di acqua. Però Fink ebbe a rilevare che codesta soluzione ha un'azione anestesica così debole, che non può essere adoperata nella pratica Rino-laringologica.

Lo stesso Ortoformio non ha un' azione ischemizzante. Applicato sulla mucosa dei cornetti iperemici, essa rimane tumefatta al pari di prima. Nè la mucosa del naso, nè quella della faringe o della laringe, secondo Einhorn, vengono rese molto insensibili dal Jodoformio, e certamente non in modo tale da poter praticare con l'Ortoformio manovre dolorose, senza che l'infermo non le risenta in modo sgradito. Su tale riguardo, la Cocaina non può essere mai sostituita dall'Ortoformio.

Però, l'Ortoformio non può surrogare la Cocaina anche nella Rinologia tutte le volte in cui il medico debba praticare operazioni dolorose sopra

punti ulcerati. Attesa l'importanza che la carie, soprattutto quella del seno etmoidale, ha oggi nella Patologia della suppurazione del naso, l'Ortoformio ha un certo valore da tenerne conto, come Fink spesso ebbe occasione di accertare nella pratica. Una condizione indispensabile perchè l'Ortoformio esplichi tutta la sua efficacia, è che venga previamente deterso dal secreto il punto dove deve essere applicato. Inoltre, bisogna attendere 15-20 minuti, perchè si verifichi una sufficiente anestesia.

Nella faringe, il campo di applicazione dell'Ortoformio non è molto grande, perchè ivi non occorrono spesso affezioni dolorose decorrenti con perdita di sostanza. Molto dolorose sono le ulcerazioni faringee solo quando la loro natura è tubercolare. Le ulcerazioni sifilitiche, e persino le gomme ulcerate, cagionano disturbi della deglutizione, ma giammai dolori così intensi, da rendere necessario un anestesico. Fink ha adoperato l'Ortoformio con buoni risultati in un caso di ulcerazione tubercolare della lingua.

In fine, per ciò che concerne il campo di applicazione dell'Ortoformio nella Laringologia, l'A. fa rilevare che esso può essere adoperato soltanto in quelle affezioni le quali decorrono con perdita di sostanza. Laonde qui cade precipuamente in considerazione la tubercolosi laringea. In questa l'Ortofoformio, socondo le osservazioni del Fink, è destinato ad esercitare una influenza molto benefica, perchè, già dopo pochi minuti, si produce un anestesia completa, la quale dura per 12-15 ore. L'Ortoformio viene applicato con un insufflatore, che viene introdotto in bocca sotto la guida dello specchio laringeo. Ed essendo un preparato scevro di qualsiasi azione tossica, non è necessario limitare la dose, nè riesce nocivo se qualche piccola parte perviene nella gola. Per il medico generico, che debba curare la tubercolosi laringea, questo fatto ha una certa importanza.

(*Der Aertzliche Praxis; 1898*).

Levy dottor R. — *Gravi conseguenze consecutive ad operazioni intranasali* (*Serious consequences following intranasal Operations*).

Pubblicammo, non ha guari, una importantissima relazione che, sullo stesso argomento, fu data a luce da Max Thorner. Oggi ci giunge quella di un altro laringologo americano, del dott. Levy, nella quale sono esposti due casi congeneri molto importanti, alla relazione dettagliata dei quali l'A. fa seguire un cenno bibliografico di ciò che oggi nella Letteratura è stato registrato di più importante su tale riguardo. Ciò appunto ci induce a dare un largo sunto di questa comunicazione.

Nel primo di questi casi trattavasi di un giovine di anni 30, studente di medicina, di temperamento nervoso, che, affetto da diatesi reumatica, era divenuto morfinista. Di tratto in tratto andava soggetto a forti attacchi di cardiopalmo, che furono attribuiti all'abuso del tabacco, perchè l'esame del cuore non faceva rilevare alcun rumore apprezzabile.

Verso gli sgoccioli del 1896, l' infermo incominciò ad accusare disturbi nasali: un po' di ostruzione, e, di tratto in tratto, epistassi.

La rinoscopia fece rilevare un piccolo sperone sul setto cartilagineo ed una lieve deflessione del setto nella cavità nasale sinistra. La mucosa al di sopra dello sperone mostrava una erosione che, con un trattamento adeguato, cicatrizzò facilmente. Poichè l'anomalia del setto non era tale da indicare l' operazione, e poichè tutto faceva ritenere che le sofferenze accusate dall'infermo fossero più da porre a conto del suo eccessivo nervosismo anzichè ai fatti locali, l'A. non volle praticare alcuna operazione. Però, per le continue insistenze dell'infermo, nel febbraio del 1897 fu eseguita l' operazione di Asch sotto l'anestesia cocainica e con tutte le cautele antisettiche. Poichè l'anomalia era lieve, l' operazione fu compiuta rapidamente e con la massima facilità. Già nel giorno consecutivo incominciarono a manifestarsi fenomeni nervosi abbastanza allarmanti, i quali andarono sempre più aggravandosi. Otto giorni dopo l' operazione, essendosi recato l'assistente di Levy a visitare l'infermo, constatò che questi aveva allontanato il tubo di Asch, e praticata una polverizzazione nel naso con la soluzione di Dobell. Inoltre, era molto depresso; la pelle appariva madida di sudore, la temperatura giungeva a 103° F., il polso dava 120 battiti al minuto; intensa cefalea, dolori nell' articolazione del ginocchio. L'esame del naso mostrò, nel sito dell'operazione, un' ampia perforazione, coverta da croste secche, verdastre. Non si scorgeva nè processo suppurativo, nè iperemia della mucosa. Furono prescritti il riposo assoluto a letto, la chinina ad alte dosi e docce nasali con una soluzione calda di acido borico. Nel giorno dopo si ebbe a constatare lieve miglioria in riguardo alla febbre ed al polso, ma i dolori al capo ed alle giuntura persistevano immutati. E poichè nella casa, dove abitava, non poteva essere accudito come il suo stato richiedeva, al 15 febbraio fu inviato all' ospedale. Alla ricezione in clinica furono constatati i sintomi testè cennati nonchè un' alterazione della mitrale. Al 18 febbraio l'infermo fu colpito al mattino da leggiera paralisi della gamba destra. Verso sera si manifestò delirio. Il dottore Eskridge, che esaminò accuratamente questo caso, accertò che tutti i riflessi profondi erano leggermente aumentati al lato destro, laddove i riflessi superficiali mancavano. Lieve anisocoria pupillare. Paralisi motrice e sensitiva quasi completa del lato destro. Diagnosi: trombosi. Al 28 febbraio l'infermo morì nel coma. L'autopsia fece rilevare: endocardite, pericardite molto diffusa con aderenza: valvole aortiche molto inspessite: fegato e milza ingrossati, di consistenza molle, e contenenti parecchi infarti. La causa dell' esito letale era dovuta alla setticemia generale, al trombo dell'arteria cerebrale posteriore ed al rammollamento cerebrale. Il trombo era evidentemente dovuto all'arterite sifilitica (benchè l'anamnesi nulla avesse rivelato circa l'infezione sifilitica). L'endocardite e la pericardite ap-

parivano di recente data, e ad esse erano dovuti gl' infarti nel fegato e nella milza.

Nel secondo caso trattavasi di una giovane di 25 anni, nubile, la quale proveniva da un famiglia, in cui infierivano la tubercolosi e l' asma. Per lo passato l'inferma aveva sofferto otite suppurativa media bilaterale, nonchè due volte l'influenza. Nel marzo del 1897 consultò il dottor Bulette per disturbo nasale. Questi praticò l' esame rinoscopico, e constatò: rinite ipertrofica, esostosi estese, le quali aderivano al setto, ai turbinati medii ed alla vôlta delle narici, in amendue i lati. Inoltre: faringite tonsillare. Al 26 marzo il dottor Bulette asportò l' esostosi a destra, sotto l'anestesia cocainica e con tutte le cautele asettiche. Guarigione. Al 3 aprile fu asportata l'esostosi a sinistra, prendendo le identiche precauzioni. Al 5 aprile si svilupparono sintomi di meningite cerebrale, e dopo due giorni l'inferma morì. Non fu fatta l'autopsia.

Alla esposizione di questi casi, l'A. fa seguire alcuni comenti bibliografici, che meritano assolutamente essere presi in considerazione.

Una grande varietà di accidenti può seguire alle operazioni intranasali. Lermoyez li divide in tre classi: 1) infettivi; 2) nervosi; 3) meccanici. Sono ben noti i sintomi più comuni: m lessere, febbre, mialgia ecc. Accidenti notevoli ed insoliti sono stati riferiti da osservatori attendibili, fra i quali sono da menzionare i seguenti: ascessi del setto (Lederman e Mayer), amnesia, tosse spasmodica (Thorner), amaurosi (Thorner, Packard ed altri). Un accidente particolare interessantissimo è quello della piorrea alveolare riferito dal dottor Bottome (di New-York), quello di manifestazioni isteriche prolungate (Luzatti), ed uno di tetano in seguito a tamponaggio delle fosse nasali (Arcangeli). Treitel asserisce che egli ben di rado ha osservato fenomeni infettivi dopo operazioni intranasali, e giammai, in tali contingenze, sono seguiti gravi processi infettivi. D' altro lato, i seguènti casi rappresentano non tutti, ma probabilmente i più salienti che finora furono registrati nella Letteratura, e nei quali sopravvenne la morte.

K. Stork (1860). Caso di meningite, seguìta a raschiamento per cronica rinite purulenta. L'esito letale si verificò al terzo giorno. Cinque casi di rinite purulenta seguìta da meningite.

Loecherer. Morte seguìta al raschiamento in un caso di polipo nasale.

Wagner R. Meningite e trombosi del seno longitudinale dopo la cauterizzazione galvanica del turbinato medio. Emorragia. Zaffamento. Morte al tredicesimo giorno dopo l'operazione.

Lange V. Probabile trombosi dei seni dopo cauterizzazione galvanica per esostosi ed occlusione membranosa della fossa nasale destra. Esito letale al sesto giorno dopo l'operazione.

Rayser. Meningite dopo asportazione dei polipi con l' ansa. Empiema dell'antro di Highmoro. Morte all'undecimo giorno dopo l'operazione.

Broechaert J. Meningite del lobo temporale destro e della falce cerebrale dopo asportazione di polipi con l'ansa galvanocaustica. Esito letale al 20° giorno dopo l'operazione.

Rethi L. Meningite, trombosi, piosetticemia, nefrite emorragica e purulenta, infiammazione purulenta delle articolazioni dopo parecchie operazioni per paralisi nasali. Emorragia, zaffamento. Morte al quinto giorno dopo l'ultima operazione. Rethi riferisce pure i casi di Voltolini e di Lublinski.

Quinlan. Meningite in seguito ad elettrocauterizzazione del turbinato medio. Codesto autore riferisce pure un caso di Baruch, nel quale un operazione fu seguìta da esito letale.

Leplat. Comunica un caso interessante, nel quale la morte si verificò probabilmente per meningite, consecutiva ad esplorazione forzata ed injezione nel canale lagrimale.

Destot riferisce un caso, che presenta analogie con quelli ora mentovati. Un uomo a 46 anni aveva una pustola acneica sulla pinna nasale sinistra, che egli apriva frequentemente sgraffiando. Dopo una infreddatura cadde gravemente infermo e morì. L'autopsia fece rilevare che la causa della morte era dovuta a trombosi delle vene oftalmiche e dei seni cavernosi in nesso diretto con l'acne.

La meningite, la trombosi dei seni e l'esito letale accompagnano, non di rado, le affezioni purulente delle cavità accessorie del naso; ed in alcuni casi, in cui le operazioni furono praticate per eliminare empiemi, fu difficile decidere fino a qual punto concorse — a determinare la morte— l'operazione e fino e qual punto l'esito letale. Flatau ha preso seriamente a disamina la questione se la morte, in questo caso, fosse dovuta all'operazione oppure ad una meningite latente. Wuerdemann riferisce un caso istruttivo, nel quale occorse una grave setticemia con ascessi del mascellare, dell'etmoidale e dello sfenoidale, seguìta da guarigione, dopo un adeguato trattamento chirurgico.

Esaminando le causa della meningite, Collins insiste moltissimo sopra operazioni dell'estremità cefalica, includendovi il naso, e sopra affezioni piogeniche delle cavità adiacenti. Afferma che, nelle infiammazioni flemmonose del naso, le vene costituiscono il tramite per il materiale infettivo. Anche Ziem battezza il naso come punto di entrata di elementi infettivi. Flatau ha dimostrato che può esservi una comunicazione diretta fra lo spazio subaracnoidale e gli spazii linfatici nel naso. Heubner ha riferito un caso, nel quale i micrococchi furono riscontrati nel secreto nasale di un infermo, affetto da meningite. Un esame dell' intimo nesso fra il naso e la cavità cranica farebbe desistere parecchi da operazioni intranasali, se non vi fossero le mirabili investigazioni, già praticate all'uopo da Piaget, Thomson e Hewlett, Wurtz e Lermoyez, Whright, Park ed altri. A prescindere da discrepanze, tuttora esistenti

tra gli autori, un fatto sembra bene accertato, ed è che il secreto nasale è sterile, e possiede pure qualche proprietà battericida. D'altro lato, è interessante notare che, come Gradenigo ha dimostrato, deve esservi una differenza nel carattere del secreto del naso sano da quello del naso infermo, e che i germi non patogeni possono, in condizioni abnormi, divenire patogeni (Mc. Intyre). Un fatto di importanza eccezionale, accertato da quasi tutti gli osservatori, è che la sorgente del contagio è nel vestibolo.

Ciò è della massima importanza nella pratica, e dà la chiave di volta per tutto ciò che può dirsi circa l'asepsi e l'antisepsi della chirurgia nasale, che debbono essere attuate con la massima scrupolosità possibile, affinchè il medico non abbia menomamente a deplorare di essere stato causa di un esito letale.

V. MEYER

D'AJUTOLO dott. G. — *L'irrigazione della bocca.*

Non riuscendo sempre i collutorii ed i comuni spazzolini per denti a dare una completa disinfezione del cavo orale, l'A. ha ideato un apparecchio molto semplice per ottenere questo scopo non solo, ma anche per prevenire e curare varie affezioni di detta cavità.

L'apparecchio consiste in una siringa a doppia corrente, schiacciata e curva a C, per adattarsi al vestibolo della bocca sulle arcate dentarie. Esso consta di due porzioni: una superiore ed una inferiore, chiuse alle loro estremità. La prima, nella superficie superiore porta varii forellini e nel centro del suo margine anteriore un tubo, che denomina *afferente*, il quale comunica per mezzo di un altro tubo elastico col recipiente, contenente il liquido da irrigare, situato a livello del capo dell'infermo.

La porzione inferiore porta 4 a 5 fori, molto ampii, destinati a raccogliere il liquido deflusso dalla cavità orale, il quale fuoriesce dal tubo *efferente*, situato nel mezzo del margine anteriore.

Questo apparecchio, introdotto nel vestibolo della bocca, viene fissato chiudendo le labbra a ridosso, in guisa che solo i due tubi, afferente ed efferente, rimangon fuori la rima labiale.

Il liquido dal recipiente pel tubo afferente scende nella porzione superiore dell'apparecchio, e per i varii forellini irrora il cavo orale, ove per gli ampii fori situati nella porzione inferiore, si raccoglie e per il tubo efferente vien cacciato fuori.

Ciò che rende utile l'apparecchio, per cui merita di esser raccomandato, sono le varie sue applicazioni nella pratica, riassunte dall' A. in questi termini:

1.) La irrigazione della bocca si può fare sempre, anche in quei casi, in cui è difficile servirsi dei collutorii e degli spazzolini, come nei denti va-

cillanti e nelle varie affezioni dolorose della lingua, delle gengive, delle labbra ecc.

2.) In breve tempo si può far passare una grande quantità di liquido, similmente come la doccia nasale di Weber fa per le fosse nasali, il che significa disinfezione al massimo grado.

3.) Il liquido irrigatore conserva sempre l' istessa temperatura, il che riesce molto utile nelle varie affezioni della cavità orale, massime in quelle dolorose, non solo, ma anche la pressione vien mantenuta costante, dipendendo quest'ultima dall'altezza cui vien situato il recipiente e dagli ostacoli, che il liquido può incontrare per via.

4.) La irrigazione della bocca può essere fatta in qualsiasi posizione venga messo il paziente, a letto, seduto, in piedi non potendo uscire il liquido quando la rima labiale è chiusa.

5.) Secondo l'A. questo irrigatore può servire tanto per gli adulti, quanto per i bambini, perchè, quando il liquido irrora la cavità orale, l'istmo delle fauci vien normalmente chiuso.

Però io mi permetto far notare che se i bambini sono irrequieti, indocili, niente di più facile che si produca qualche movimento di deglutizione ed il liquido possa scendere nello stomaco e dar luogo a qualche inconveniente, qualora la irrigazione venga fatta con qualche sostanza tossica.

L'A. con numerosi attestati, che ha ricevuto da persone autorevoli, dimostra l'efficacia di questo apparecchio tanto curativo, quanto preventivo. Così ad es., vennero curati: un caso di osteo-periostite pio-setticemica della mandibola, un altro di gengivite fungosa, ed una grave stomatite mercuriale ribelle ai comuni collutorii di clorato di potassio. Una cura mercuriale, tante volte incominciata e mai potuta condurre a termine, per l'ostinata stomatite, la mercè di quest'irrigatore potette essere continuata e condotta a fine.

Non solo i medici e gl' igienisti dovrebbero consigliare quest' apparecchio agl'infermi, ma dovrebbero usarlo anche gli operai addetti alle fabbriche di fosforo, di piombo, rame, zucchero, dolci ecc., i cui i sintomi d'intolleranza si rivelano alla bocca od ai denti ecc., giacchè un'abbondante irrigazione fatta con soluzioni atte a neutralizzare queste sostanze, può loro permettere di attendere ai loro lavori.

L. AYELLO

PANSINI PROF. SERGIO. — *Della pulsazione laringo-tracheale (fenomeno di Cardarelli) e di alcuni fenomeni nervosi negli aneurismi dell'aorta toracica.*

Il prof. Pansini prende occasione da alcuni casi di aneurisma dell'aorta toracica, studiati nella 2.ª Clinica Medica dell' Università di Napoli, diretta dal prof. Cardarelli ed alla quale egli è coadiutore, per rifare

l'argomento della pulsazione laringo-tracheale come un segno scoverto dal Cardarelli prima dello stesso Oliver, unendovi, ancora, una più esatta interpretazione di alcuni sintomi nervosi che vi si accompagnano.

Egli, ricordato come l'aneurisma aortico sia capace nella pratica delle maggiori sorprese, ricordato come sia difficile riconoscerlo nella *forma interna*, almeno in alcuni casi, e tralasciando gli altri segni fisici studiati in Clinica e dimostrati alla scolaresca, si sofferma a studiare alcuni di quelli che non mancano negli aneurismi di difficile diagnosi, altrimenti detti *occulti*, e principalmente il segno della *pulsazione* o delle *scosse del tubo laringo-tracheale*, allo scopo che sia meglio conosciuta per il suo valore e per la frequenza. E quì, fin dapprima, segnala l'importanza dell'autopsia relativa ad un caso di aneurisma aortico (il cui studio riserba in seguito) il quale fu svelato in vita unicamente dal segno di Cardarelli. Intende poi soffermarsi sui detti fenomeni nervosi anche perchè essi, non tanto se presi isolatamente, ma in un certo modo aggruppati, formano un valevole indizio della malattia.

L'A. espone dapprima le storie complete dei suoi casi, al numero di 8, nei quali, meglio di ogni altro segno, riscontravasi il fenomeno di Cardarelli; indi svolge le relative considerazioni insieme alle storie succinte di altri casi osservati.

Nella 1.ª osservazione, in cui è fatta diagnosi di *aneurisma dell'angolo sinistro di inflessione dell'arco*, non vi è alcun fenomeno obbiettivo del petto, e la diagnosi poggia sulla pulsazione del laringe e la *immobilità della corda vocale sinistra in posizione mediana* (rilevata al laringoscopio dallo scrivente).

Lo stesso è da dirsi per la IIª osservazione, su per giù, simile alla Iª, compreso il reperto laringoscopico, ad eccezione di un lieve soffio sistolico sul focolaio aortico e del rinforzo del 2.° tono.

Nella IIIª manca inoltre la paralisi del ricorrente, giusto esame del prof. Massei, e tutti i fenomeni, che fecero fare diagnosi di *ectasia aortica*, si riducono al turgore del volto e del collo (compressione della cava superiore), al movimento laringo-tracheale, ai fenomeni di tosse, di soffocazione, di afonia intermittente.

Nella IVª, in cui è fatta diagnosi di *aneurisma dell'angolo sinistro di inflessione dell'arco*, a prescindere da varie algie, dalla tosse e dal vomito, non v'è altro di obbiettivo che una chiara *pulsazione sistolica da sinistra a destra*, mancando qui pure la paralisi o paresi della corda vocale sinistra. È questa l'osservazione dianzi accennata, importante per essere accompagnata dal reperto anatomico, il quale ha fatto vedere l'aneurisma della grandezza e forma di una grossa castagna nella parete posteriore dell'arco, accavallato ed aderente al bronco sinistro senza comprimere l'esofago. Aperto l'arco, si è visto il forame di comunicazione a livello dell' origine

della carotide sinistra, che passava per circa 2 cm. al di là del punto d'origine della succlavia sinistra; e sul bronco sinistro, a 4 c. m. dall' angolo di biforcazione della trachea, si è visto un punto di perforazione quanto una testa di spillo.

Nella V^a, la diagnosi di *aneurisma della parete superiore dell' arco e dell'ascendente con parziale impegno della innominata* è già da sè evidente per la presenza della bozza aneurismatica, ed inoltre per il segno della scossa del tubo laringo-tracheale, più forte da sinistra a destra, quasi insensibile da destra a sinistra e così egualmente da sopra in sotto; come pure è evidente per la paralisi della corda vocale sinistra e per la paresi della corda vocale destra (Massei): fu la presenza di quest' ultima che fece ammettere all'A. l'impegno del tronco della brachio-cefalico.

Le stesse considerazioni, su per giù sono da ripetersi per la osservazione III^a, nella quale è fatta diagnosi di *aneurisma della porzione trasversa dell'arco,* prima intratoracico, poi svoltosi allo esterno; come pure per la VI^a, essendovi in entrambe innanzi tutto i segni obbiettivi della bozza aneurismatica, però nell'ultima il reperto laringoscopico era negativo.

In fine, nell' Osservazione VIII^a la diagnosi di *aneurisma dell' angolo di inflessione sinistro dell' arco* non è fatta in base ad alcun segno obbiettivo del petto, ma su quello di Cardarelli, ed inoltre sulla paralisi della corda vocale sinistra e sulla disfagia laringea, essendovi anestesia del vestibolo. Vi coincidevano pure vari fenomeni nervosi, alcuni dipendenti dall' intossicazione alcoolica, altri che ricordano la paralisi di Parkinson.

Ciò premesso, l'A. viene a trattare la quistione della pulsazione laringotracheale negli aneurismi aortici; ricorda i molteplici rapporti topografici dell' arco aortico, e ne deduce che una qualunque dilatazione di questo, purchè collocata o nella parete posteriore o nella inferiore, farà pressione o contrarrà aderenze coll' infimo tratto della trachea e col primissimo tratto del bronco sinistro (cosidetto *angolo tracheo-bronchiale sinistro*), donde avverrà che, dato un aneurisma posteriore od inferiore dell'arco, esso trasmetterà le sue pulsazioni al bronco sinistro ed alla trachea, ed il movimento trasmesso sarà da sinistra a destra o da sopra in sotto, od anche da avanti in dietro, secondo la diversa posizione dell'aneurisma. Ora, se i rapporti di vicinanza e di contatto vengano da noi esagerati, o sollevando in alto il laringe (*metodo di* Oliver), o spostandolo a sinistra (*metodo di* Cardarelli), la pulsazione aneurismatica sarà più evidente, là dove era appena manifesta; o sarà palese, là dove mancava. Da qui la genesi del fenomeno.

Successivamente l'A. si occupa del *metodo di ricerca del fenomeno* secondo Cardarelli ed Oliver, e secondo Ewart, il quale ultimo metodo è una modifica di quello di Oliver. Noi, per la brevità impostaci, dopo il fin qua detto non seguiremo il Pansini in tutti i relativi particolari, ma diremo soltanto che egli proclama la priorità del *metodo di*

Cardarelli, per averlo, questi, dimostrato ed insegnato molto prima di Oliver, e che ciònondimeno in fondo i due metodi si completano a vicenda.

Poscia s'intrattiene sul *valore semiologico del fenomeno*, dimostrando che non è un fenomeno fisiologico. ma anormale, e che ben raramente può verificarsi per altra ragione che per aneurisma (come, ad es., per tumore delle glandole pre-tracheo-bronchiali di sinistra—evenienza del resto non ancora constatata, oppure per tumore dell'esofago a livello dell' arco aortico, come ne dànno esempio i casi di Castellino). Continuando, ne rileva i *caratteri*, indi ne dà la *grafica*, dalla quale l'A. fa emergere ancora una volta il valore diagnostico del segno studiato. In fine fa cenno della *pulsazione cefalica del* Feletti e delle *scosse ritmiche del capo* recentemente studiate da Bruschini e Coop, considerandole come una modifica del polso tracheale, e che egli, l'A., ha rilevato nelle sue osservazioni II^a e III^a.

Passando a parlare dei *fenomeni nervosi che accompagnano gli aneurismi, specie dell'arco*, l'A. si preoccupa a mettere in rilievo i rapporti dell' arco aortico con il *plesso cardiaco*, sia posteriore, profondo o destro, sia anteriore, superficiale o sinistro, e col laringeo inferiore sinistro, per spiegarsi, innanzitutto, la *paralisi* o lo *spasmo* del ricorrente sinistro (o meglio della corda vocale sinistra) con la possibile intermittenza di questi fenomeni. A tal proposito riconosce che la paralisi del ricorrente sinistro è fenomeno più frequente della scossa tracheale negli aneurismi dell'angolo sinistro dell' arco; che spesso i due fenomeni coesistono, e che possono stare isolati; ma l'A. (s'intende, nella qualità di clinico generico) preferisce la ricerca del segno di Cardarelli-Oliver anzichè quella del disturbo motorio laringeo.

Egli, prendendo punto di partenza dal plesso cardiaco, man mano dà conto dei fenomeni nervosi rilevati con una certa costanza nelle sue osservazioni, quantunque ora uniti, ora dissociati, e che per ciò chiama *aortici*. Questi fenomeni si addimostrano tutti di natura sensitiva, però alcuni di essi si manifestano come *fenomeni riflessi*, per lo più *spastici*, analogamente allo spasmo della corda vocale, e sono: la *tosse*, accessionale, secca, variamente timbrata, costante; la *sensazione di costrizione al gutture*; la *dispnea* o meglio l'*ansia respiratoria*, che può apparire fin da principio, indipendentemente da una stenosi meccanica della trachea o da uno spasmo nel dominio dei ricorrenti (al qual proposito accenna alla quistione della esistenza di fibre sensitive nel ricorrente e della cosidetta posizione mediana della corda vocale); l'*esofagismo*, indipendentemente da una reale stenosi, e la *disfagia laringea* in seguito all'enestesia del vestibolo. Altri si manifestano come veri disturbi sensitivi, donde le varie *algie*, scapolari, cervicali, nucali, brachiali, intercostali, precordiali, epigastriche e facciali, che si addimostrano quali vere *angine aortiche* ed il cui tipo più frequente è la nevralgia scapulo-cervico occipitale, nonchè la scapulo-brachiale. Di tali algie l'A. riferisce

una casistica presa dai registri della 2.ª Clinica medica. Tutti questi fenomeni egli cerca spiegare con la lesione del plesso cardiaco, assegnando loro tutto il valore semiologico. Noi non lo seguiremo in quest' analisi anatomo clinica dei singoli fenomeni, tanto più che è tuttora circondata da non poche difficoltà inerenti alla natura stessa dei fenomeni, ma ci fermeremo a riferire il concetto fondamentale che guida l'A., il quale ha anche il suo valore. Egli dice: « la formazione anatomica più prossima all' arco « aortico è il plesso cardiaco, che involge le pareti anteriore, posteriore ed « inferiore dell'arco; un'ectasia aortica prima di comprimere altri organi deve « vulnerare il plesso cardiaco o parte di esso, in mezzo a cui sono numerosi « rami sensitivi. La grande reattività dei nervi implica necessariamente « comparsa di fenomeni irritativi, ed in effetti la tosse, la dispnea, l'ansia « repiratoria, i fenomeni anginoidi, gli spasmi laringei e bronchiali sono, iso- « latamente o insieme, i primi e più costanti fenomeni degli aneurismi « aortici ».

Con questo concetto, dell'offesa cioè di un solo ricorrente, l'A. dà la spiega (ed ecco la parte che a noi più interessa) della dispnea e gli accessi di soffocazione nell'aneurisma; per lui *non è necessaria*, per aversi i fenomeni dispnoici, l'*irritazione diretta del tronco del ricorrente*: basterebbe invece l'irritazione dei soli filetti dei ricorrenti, specie del sinistro, che pigliano parte alla formazione del plesso, se è vero che una parte delle fibre di questi tronchi sono di natura sensitiva. E se ciò non bastasse, varrebbe a spiegare i detti fenomeni l'irritazione delle fibre sensitive che per gli altri rami del vago vengono al plesso cardiaco.

In verità è questa la parte più originale del lavoro del Pansini, il quale ha cercato con la minuta analisi clinica, sorretta dal dato anatomico, di *avvicinarsi*, più di quanto sinora non si sia fatto dagli altri, all'interpretazione di detti fenomeni; ed a questa analisi bisogna dare un certo valore, considerando che la fisio-patologia sperimentale non è riuscita finora a far di meglio.

Nello stesso ordine patogenetico l'A. fa rientrare alcuni disturbi pupillari (*arrossimento del volto e dilatazione pupillare*), perchè dovuti all'irritazione di quei filamenti simpatici del plesso che hanno origine dall'ultimo cervicale e dal 1.° dorsale trasverso ai quali rami passano, come è noto, le fibre nervose simpatiche della pupilla; nonchè alcuni fenomeni neuro-trofici, (*esantemi del tronco e degli arti a forma eczematosa*, *efidrosi unilaterale* ecc.), ai quali l'A. aggiunge di sua osservazione *una tumefazione delle dita a forma di battenti di tamburo*, senza poter dire se tale manifestazione trofica dipenda da irritazione del plesso brachiale o dei filamenti del simpatico.

In ultimo, accennando ai varii *momenti etiologici* degli aneurismi aortici, rileva dai suoi casi la esistenza della *sifilide* insieme agli *sforzi muscolari*. In quanto alla *cura*, riassume tutta la terapeutica, da lui sperimentata, nella formola: *joduro di potassio* e *morfina*; il primo, massimo se dato al

alte dosi (10 a 15 gr. al giorno e per vari mesi) dà considerevoli vantaggi, talvolta la guarigione; la seconda, in iniezioni ipodermiche, calma le sofferenze più imponenti degl'infermi, e questa è un'altra prova, dice l'A., della loro natura spastica.

Ecco il lavoro del Pansini, da noi esposto succintamente in forma obbiettiva, il che rappresenta il più bello elogio per l'autore, migliore di qualunque altra parola scritta.

TRIFILETTI

SCHROETTER dott. H. — *Sopra una rara indicazione per una operazione nella laringe* (*Ueber eine seltenere Indication zu einem operativen Eingriff im Larynx*).

Al 20 maggio di questo anno, si presentò all'A. un giovine sui 26 anni, accusando disturbi della respirazione, che esistevano da lungo tempo e si aggravavano nei forti strapazzi. Inoltre, già da anni la voce era alterata.

All'esame laringoscopico fu constatato un tumore, il quale prendeva punto di origine dal ligamento ari-epigiottico sinistro e dalla regione della cartilagine aritenoide sinistra. Era liscio, grosso quanto una noce avellana, e sporgeva così fortemente nell'interno della laringe che, nella respirazione calma, si scorgevano soltanto i terzi anteriori delle corde vocali. Mentre il ligamento ari-epiglottico destro non mostrava alcuna alterazione, il sinistro era assottigliato nella sua porzione anteriore, e continuavasi, senza interruzione, nel tumore, la cui convessità veniva a stare sotto il livello del vestibolo laringeo. La mucosa era succolenta e più pallida di quella della cartilagine aritenoide destra.

Si aveva, quindi, l'impressione come se la porzione posteriore del ligamento ari-epiglottico destro, insieme alla cartilagine del Wrisberg, e precisamente la mucosa della cartilagine del Santorini e la cartilagine aritenoide, si fossero affondate in direzione del lume della laringe, tanto più che si rilevava anche una forte sporgenza della superficie posteriore della aritenoide sinistra in direzione della faringe; ed una serie di pliche della mucosa, delicate, tese, arciformi, dall'incisura interaritenoidea scorrevano sulla porzione mediale del tumore. Inoltre, si constatava che il tumore nella inspirazione forzata veniva, con movimenti tremuli, aspirato verso l'interno della laringe; laddove nella fonazione, mercè il movimento di rotazione in dentro della aritenoide destra (che era in posizione normale), veniva spostato a sinistra lateralmente, e, nella porzione anteriore, leggermente in basso. Mentre il tumore in siffatto modo, mercè i movimenti del lato sano, subiva passivamente cangiamenti di posizione, sembrava come se una produzione anche più dura sotto la mucosa si movesse nella sostanza di questa.

La metà sinistra della laringe nella inspirazione e nella fonazione rima

neva completamente immobile. La corda vocale sinistra, alquanto più sottile e leggermente arrossita nella sua sezione anteriore, veniva un poco attirata in dentro nella inspirazione forzata. La corda vocale destra, normalmente mobile, non mostrava nè rossore, nè tumefazione.

L'esame degli organi interni, come pure dell'urina, dello sputo e del sangue, non fecero rilevare nulla di patologico. L'esame con i raggi Roentgen, ripetuto parecchie volte, non mostrò alcuna alterazione nell'àmbito degli organi toracici.

In base a questo reperto, fu fatta diagnosi di paralisi del ricorrente a sinistra; e la produzione, che a prima vista sembrava un tumore, fu interpretata come una ectopia del ligamento ari epiglottico e della cartilagine aritenoide, ma soprattutto della cartilagine del Santorini, verificatasi secondariamente in conseguenza della paralisi. Tenuto conto dell'anamnesi (l'infermo all'età di due anni aveva sofferto la scrofolosi; dai 10 ai 12 anni ebbe tosse, raucedine, espettorati sanguigni), balenava alla mente l'idea che il tronco del ricorrente fosse stato leso da un'affezione tubercolare delle glandole bronchiali, superata nell'infanzia.

Al 22 maggio di quest'anno, previa anestesia cocainica, fu asportato, con l'ansa galvano-caustica, il tumore, che sporgeva nella laringe. Dopo l'operazione, il respiro ben presto divenne più libero, e non si percepiva più il russare nella inspirazione. Fu constatato che l'ansa aveva recisa la sindesmosi fra la cartilagine aritenoide e la cartilagine del Santorini, onde quest'ultima era stata recisa insieme alla mucosa che la riveste.

Il decorso fu favorevole. Nessun accidente venne a complicarlo. L'esame laringoscopico, praticato il 15 giugno, fece rilevare quanto segue: nessuna sporgenza marcata dal lato infermo rispetto a quello sano. Si constatava il reperto, certamente degno di nota, che la configurazione del lato operato differiva ben poco da quella del lato sano, e che si era pressochè ripristinato lo stato normale.

La cartilagine del Wrisberg era pressochè ritornata al suo sito solito; la mucosa corrispondente alla cartilagine del Santorini appariva più tumida. La corda vocale sinistra era in posizione cadaverica ed alquanto più sottile di quella a destra. Oppostamente al fatto spesso osservato nella paralisi del ricorrente, il processo vocale non protrude più nel lume della laringe; la corda vocale rappresenta piuttosto un angolo retto, decorrente dalla commissura anteriore fino alla parete posteriore. Tenuto conto che la cartilagine aritenoide sinistra sporgeva più fortemente sulla superficie posteriore della parete laringea posteriore, era da inferire che fosse residuato unicamente un cangiamento insignificante di posizione, nel senso che la cartilagine aritenoide, dopo il rilasciamento dei legamenti, avesse subìto una leggiera rotazione in avanti, e propriamente intorno ad un asse decorrente da destra a sinistra. Tuttavia, non vi era una forte sublussazione.

Nella intonazione, la glottide si chiudeva completamente. Neppure l'ombra di un processo catarrale nella laringe e nella trachea.

Al 16 giugno, l'infermo fu rimandato completamente soddisfatto del risultato dell'operazione.

Secondo Schroetter, questa osservazione clinica costituisce un importante contributo in casi di paralisi unilaterale del ricorrente, la quale da sè sola, com'è risaputo per esperienza, non provoca giammai disturbi respiratorii; però, in questo infermo, a *causa delle alterazioni secondarie, stabilitesi in conseguenza della inveterata affezione*, erasi prodotto un disturbo inspiratorio. La dispnea, che d'ordinario non rientra nel quadro clinico della paralisi del ricorrente, dominava in questo caso la sindrome fenomenica, e potette essere eliminata con l'operazione.

(*Wiener klinische Wochenscrift*, 1898 n. 40)

V. MEYER

CASTEX prof. A. — *Le malattie della laringe, del naso e delle orecchie* (*Maladies du larynx, du nez, et des oreilles*).

Il prof. Castex, incaricato del corso di laringologia, rinologia, ed otologia alla Facoltà di Medicina di Parigi, ha pubblicato, pei tipi di J. B. Ballière di Parigi un trattato delle malattie della faringe e della laringe, del naso e delle orecchie.

Molti capitoli sono delle lezioni già esposte nel suo corso.

La prima parte tratta delle malattie della faringe.

La seconda comprende le malattie della laringe (mezzi di esplorazione, laringiti diverse, noduli vocali, malattie della voce, così importanti in questa specialità, nevrosi, tubercolosi della laringe, sifilide e tumori della laringe, affezioni della trachea).

La terza parte studia le malattie del naso e delle cavità annesse (rinoscopia ed esplorazione digitale rino-faringea, deformità del naso, riniti diverse, ozena, sifilide, tubercolosi, lepra, scleroma, tumori benigni e maligni, corpi estranei, disturbi dell' odorato). Un posto importante è riserbato ai tumori adenoidi ed alle affezioni dei seni mascellare, frontale, sfenoidale e delle cellule etmoidali.

La quarta ed ultima parte si occupa delle affezioni dell'orecchio (esame tecnico delle diversi parti dell'organo, malattie dell'orecchio esterno, affezioni della membrana timpanica, otiti medie diverse e loro complicanze). L'autore passa anche in rivista le suppurazioni dell'attico, le malattie dell'apofisi mastoide e sua trapanazione, le affezioni dell'orecchio interno (malattia di Meniére) sordità, sordomutismo e lesioni traumatiche.

Un gran numero di figure, la maggior parte inedite, facilitano le descrizioni.

Questo nuovo libro sarà utile non solo agli specialisti, ma anche ai pratici che desiderano indirizzarsi alla specialità delle malattie della laringe, del naso e delle orecchie.

LA REDAZIONE

VARIA

Col nuovo anno (ch'è pel nostro giornale il XIX di vita scientifica) mandiamo ai nostri Abbonati un affettuoso saluto ed i più lieti augurii.

La esattezza della pubblicazione, il costante impegno che ci anima nel migliorare, sono stati la nostra divisa e sono il nostro Programma, che manterremo invariato. Ed invariato ci sia, vogliamo sperarlo, l'affetto dei nostri lettori.

***

Il dottor Alessandro Trifiletti, Redattore del Giornale, ha testè ottenuto, per titoli, la libera docenza con effetti legali in Laringojatria.

XIII CONGRESSO INTERNAZIONALE DI MEDICINA

Parigi 2 9 agosto 1900

Dal dottor A. Castex riceviamo, con preghiera di pubblicare, quanto segue:

Il XIII Congresso Internazionale di Medicina si inaugurerà a Parigi, Giovedì 2 agosto 1900, sotto la presidenza del professore Lannelongue, e durerà una settimana.

In questo Congresso vi sarà una sezione speciale autonoma di Otologia, Rinologia e Laringologia.

Al pari che nei precedenti Congressi, codesta Sezione si suddivide in due: una consacrata all'Otologia, l'altra alla Rinologia ed alla Laringologia.

Per ciascuna di queste due sezioni è stato costituito un **Comitato di Organizzazione**, incaricato di occuparsi della parte scientifica del Congresso.

Il Comitato di Organizzazione della sezione di **Otologia** è costituito come segue: Gellé, Presidente; Castex, Segretario; Boucheron, Duplay, Ladreit de Lacharrière, Lannois, Löwenberg, Lubet-Barbon, Menière, Miot, Nimier.

Il Comitato di Organizzazione della Sezione di **Rinologia** e di **Laringologia** è costituito da Gouguenheim, Presidente; Lermoyez, Segretario; Cartaz, Chatellier, Garel, Luc, Martin, Moura, Moure, Poyet, Ruault.

Qualsiasi comunicazione o domanda per schiarimenti di **ordine scientifico** deve essere diretta:

1) per la Sezioue di **Otologia** al dottor Castex: 30, Avenue de Messine (a Parigi);

2) per la Sezione di **Rinologia** e di **Laringologia** al dottor Lermoyez: 20 bis, Rue de la Boétie (a Parigi).

Qualsiasi domanda per schiarimenti, relativi al *lato materiale del Congresso* (tariffe ferroviarie, soggiorno a Parigi ecc.) deve essere rivolta al:

Dottor Chauffard, Segretario Generale del Congresso
91, Rue St. Guillaume (a Parigi).

Le Comunicazioni al Congresso possono essere fatte in Tedesco, Inglese e Francese.

Sesto Congresso Otologico Internazionale

Il sesto Congresso Otologico Internazionale sarà tenuto a Londra, nei giorni 8, 9, 10 e 12 di agosto 1899. Presidente: Dottor Urban Pritchard Professore di Otologia nel King's College a Londra. Il Congresso sarà tenuto, avendone il permesso, nella Sala di Esame del *Royal College of Physicians and Surgeons*, Victoria Embankment. Il soggetto scelto per la discussione speciale è « Indicazione per l'apertura della mastoide nella otite media cronica suppurativa ». — Un numeroso ed influente Comitato britannico di organizzazione è stato costituito; Tesorieri saranno A. E. Cumberbatch, 80, Portland Place, Londra W., e Cresswell Baber, 46, Brunswick Square, Brighton. Il Congresso Otologico Internazionale, che si aduna ogni quattro anni, fu tenuto ultimamente a Firenze, dove ebbe un pieno successo sotto la presidenza del Prof. Grazzi.

Congresso Annuale della Società Occidentale Oftalmologica ed Oto-Laringologica

Il prossimo Congresso Annuale della *Western and Oto-Laryngologic and Ophtalmologic Association* sarà tenuto a New-Orleans, nei giorni 10 e 11 febbraio del 1899. È stata scelta questa data per dare agio ai Congressisti di vedere il martedì grasso di Carnevale, che avrà luogo nei 13 e 14 di febbraio.

I titoli delle comunicazioni debbono essere inviati al Dottor Thos. F. Rumbold, Segretario, St. Loris, M.; oppure al dottor W. Sheppegrell Vicepresidente del Congresso e capo del Comitato di Organizzazione a New-Orleans.

La Direzione del Congresso è costituita come segue: Dottor J. E. Colburn, Chicago, Presidente; Dottor W. Scheppegrell, New-Orleans, primo Vicepresidente; Dottor G. A. Wood, Chicago, secondo Vicepresidente; Dottor F. M. Rumbold, St. Louis, Segretario; e dottor W. L. Dayton, Lincoln, Tesoriere.

***

Quella colossale opera che è il *Trattato di Laringologia e Rinologia* (*Handbuch der Laryngologie und Rhinologie*), edito dal dott. P. Heymann di Berlino e pubblicata per cura del solerte editore A. Hölder di Vienna è giunta alla 27ª e 28ª Dispensa (che sono la 14ª e la 15ª del primo volume, il quale rimane così completato).

Sebbene, più volte, in questo stesso periodico ci fossimo occupati della importante opera, che onora la Scienza e gli strenui Editori, abbiamo creduto utile ai lettori ricordarla, perchè questo trattato, ch'è il più *completo*, ed il più *moderno*, sarà sempre consultato col massimo profitto e da specialisti, e da medici pratici, e da studenti.



Con piacere annunziamo una recente pubblicazione del prof. Luigi Concetti di Roma, un grosso volume di circa 300 pagine, dal titolo: « *L'Insegnamento della Pediatria iu Roma* ». È il *Rendiconti Statistico-Clinico* dell'opera compiuta dall'A. nel bienno 1896-97 e 1897-98 in qualità di Professore incaricato dell'insegnamento ufficiale della Patologia e Clinica Pediatrica nella Università di Roma; inoltre è il rendiconto, per così dire, economico del quadriennio 1894-98 anche come Professore pareggiato nella detta branca. Egli ci fa sapere che gli ammalati presentati nelle lezioni cliniche, ossia studiati, com' egli dice, nella *Sezione clinica*, sono stati 369, mentre nella *Sezione ambulatorio* sono stati osservati e curati 9045 bambini. Le numerose e svariate forme morbose, quasi tutte pertinenti alla patologia speciale pediatrica, vengono studiate in questo libro dopo averle suddivise in 7 grandi gruppi: toxi-infezioni acute e croniche, malattie dell'apparato digerente, del respiratorio, del circolatorio e genito-urinario, del sistema nervoso, e malattie varie. In ogni gruppo sono illustrati brevemente i casi più salienti, riferendo, oltre al possibile concetto personale della malattia, il decorso e l' esito di questa, ed all'occorrenza anche il reperto anatomico e le ricerche di laboratorio. Per quanto riguarda la nostra specialità, constatiamo con piacere che è dato un posto di studio alle riniti, alle epistassi, alla tonsillite follicolare, all'ipertrofia delle tonsille, all'ascesso retro-tonsillare e retro-faringeo, alle laringiti, alla difterite ed al crup, al laringospasmo, e vi vediamo anche figurare l'ascesso peri-tracheo-laringeo (2 casi), che è una forma morbosa recentemente studiata dal professor Massei.

La notoria eompetenza del Concetti ed i modesti confini che ci assegna questa nota di « Varia » ci fanno astenere dallo scendere in maggiori particolari. Però alla Clinica Pediatrica di Roma, come si vede, non ha mica fatto difetto il materiale di studio; tutt'altro! Quello che mancava alla detta Clinica erano i mezzi adatti per poter bene usufruire di questo materiale; e diciamo « mancava », in quantochè ora sappiamo dallo stesso Concetti, in una nota postuma aggiunta al libro, che presentemente (16 novembre 1898) ha ottenuto dal Ministro della P. I. l' istituzione di una vera Clinica Pedriatica, a cominciare dall' imminente anno scolastico 1898-99, col relativo stanziamento sul bilancio dello Stato dei fondi necessari per provvedersi di 10 letti, di un aiuto, di un assistente e di un gabinetto scientifico.

Noi ci rallegriamo col prof. Concetti di questa vittoria ottenuta per la Pediatria Italiana e facciamo voti che un giorno, non lontano, potessimo dire altrettanto anche noi per la Laringoiatria, auspice un Ministro come Guido Baccelli.



L'inaugurazione del Monumento a Guglielmo Meyer.

25 ottobre 1898

Come era stato progettato in origine, la inaugurazione del Monumento a G. Meyer ebbe luogo il 25 ottobre—genetliaco del defunto—a Copenhagen. Poichè il monumento era stato già collocato sulla piazza Gefion, prima che avvenisse la morte della regina di Danimarca, non fu più possibile procrastinare la festa di inaugurazione, come il Comitato avrebbe accettato, per svariati motivi. Il lutto nella Corte danese fu causa per cui la festa non fu presenziata nè dalla principessa di Galles, che aveva accolto sotto la sua protezione l' impresa, nè da altri membri della famiglia reale danese.

La festa inaugurale si effettuò, per tutt'altro, nel modo più splendido che si possa immaginare. La statua è un capolavoro d'arte: opera di due scultori, il danese professor Bissen ed il finlandese Runeberg, amico personale del defunto ed a cui rassomiglia in modo meraviglioso. Poggia sopra un'alta colonna di granito, sopra la quale vi sono due iscrizioni, in oro. Davanti leggesi:

Lägen (1) *Hans Wilhelm Meyer*
✣ *Fredericia. 25 October 1824*
† *Venezia 3 Juni 1895.*

Posteriormente :

Dette Mindesmaerke
reisted i. Aaret 1898
ved Bidrag fra Danmark
og Uglandet (2)

Indi, seguono i nomi dei paesi che hanno contribuito al monumento:
Australia, *Austria*, *Batavia*, *Belgia*, *Britannia*,
Civitates fœderatæ Americæ Septentrionalis.
Dania, *Gallia*, *Germania*, *Helvetia*, *Hispania.*
Hungaria, *Italia*, *Norwegia*, *Polonia*, *Russia.*

In complesso, la statua ha lo stile solito di questi monumenti. Però vi è un tratto caratteristico e commovente, dovuto al genio di Bissen: l'Hygiea, la quale porge il suo tributo al defunto.

---

(1) Lägen-Medico.
(2) Questo monumento è stato eretto nel 1898 con contributi della Danimarca e dell'estero.



Alla festa convenne un pubblico numerosissimo ed eletto. La venerabile vedova, il figlio e le figlie di Guglielmo Meyer occupavano il posto d'onore. Accanto a loro stava il Borgomastro di Copenhagen, l'artista, professore Bissen, le signore mogli del Presidente e del Tesoriere del Comitato Internazionale, la signora Schmiegelow e la signora Mygind. L'Università di Copenhagen, la Facoltà Medica, i medici della Capitale e del paese avevano inviato numerosi rappresentanti; il gran pubblico partecipò vivamente alla festa. Dall'estero erano venuti: Sir Felix Semon (Londra). Come Presidente dell'antico comitato, essendo stato egli il primo ad accampare l'idea di erigere un monumento a Meyer, era stato invitato a tenere il discorso commemorativo ed affidare il monumento — in nome di quelli che avevano contribuito a crearlo—al Municipio di Copenhagen. Il dottor Edmund Meyer, tesoriere dell' antico comitato tedesco. I presidenti del Comitato tedesco ed olandese, i professori B. Fraenkel e Guye, i quali speravano di partecipare personalmente alla festa, sventuratamente erano stati impediti, all'ultima ora, di venire.

La cerimonia incominciò col canto di un inno, composto all' uopo da Ernest von de Recke, cantato da tutta l'adunanza. Indi, Sir Felix Semon salì sulla Tribuna e tenne (in lingua *inglese* per desiderio del comitato) il seguente discorso:

Signor Borgomastro, Signore e Signori,

Il Comitato esecutivo per il monumento a Guglielmo Meyer, mi ha impartito l' onorevolissimo compito di affidare alle autorità civiche di Copenhagen il monumento eretto, con contribuzioni internazionali, in onore del defunto. Nel soddisfare questo grato compito, deploro vivamente di non essere al caso di parlare in lingua danese davanti a questa rispettabile assemblea; e già per tale motivo non abuserò troppo a lungo della vostra pazienza. D'altro lato, l' occasione, per la quale siamo quì convenuti, è così insolita, che mi può essere concesso esporre, in poche parole, la sua importanza.

Oggi siamo qui adunati allo scopo di inaugurare il monumento eretto in onore del defunto dottore Hans Wilhelm Meyer. Un monumento in onore di un medico è davvero una cosa insolita! Essere eternato, mercè l'arte della scultura, in una statua di bronzo o di marmo, sopra una piazza pubblica, è una distinzione, la quale, da tempo immemorabile, suole concedersi, per solito, soltanto a persone pertinenti a poche classi. Grandi dominatori, principi buoni o guerrieri, statisti eminenti, duci vittoriosi ed eroi del mare: sono questi i privilegiati mortali, in onore dei quali, il più di frequente, vengono eretti i monumenti. Meno spesso questa distinzione è stata accordata a grandi artisti: poeti, pittori, musicisti, scultori; e, più di rado ancora, essa fu conferita a scienziati, filosofi, legislatori, inventori ed altri eroi

del mondo dello spirito; in fine, minimo è il numero dei monumenti che sono stati eretti ai medici. E la causa di tal fatto è, per certo, ovvia. Il tempio della medicina scientifica sorge lentamente ed in virtù della cooperazione di molti. La somma totale dell'attività psichica di un medico per solito a stento riesce ad apportare una pietruzza a quell'edificio, che si aderge ed adima sempre più in alto. E pur quando la produzione intellettuale di un medico raggiunga una entità insolita, di rado viene conosciuta ed apprezzata al di là della cerchia, relativamente piccola, dei suoi colleghi. Non è frequente il caso che un medico di grido goda una fama realmente universale; e più di rado ancora egli è. conosciuto dall'universale, e può invocare la gratitudine del gran mondo. Ond'è che il destino del medico scienziato — anche quando abbia considerevolmente incrementato il benessere pubblico, durante la sua attività come indagatore, insegnante e scrittore—per solito non suole essere circondato da alcuna aureola esteriore. Poche necrologie distintive, il grato ricordo di alcuni amici e scolari che d'ordinario perdura fino alla generazione consecutiva, ed in ultimo un posticino per il suo nome in quei punti della Letteratura medica che egli ha contribuito di più a sviluppare: ecco il guiderdone ch'è raccolto dalla maggior parte dei principi della classe medica.

Qual'è stato il merito speciale di Hans Wilhelm Meyer, che gli ha procurato un onore così insolito, come quello che oggi viene tributato alla sua memoria? È facile rispondere a questa domanda. Sono oggi trascorsi proprio 31 anno, da che un giorno egli fu consultato da una giovane di 20 anni che era sorda, la cui voce aveva un timbro speciale, mentre l'espressione della faccia era quasi di idiota. Il trattamento delle orecchie e della gola non diede alcun risultamento soddisfacente. E solo allorchè l'osservatore, che trovavasi davanti ad un enigma, introdusse un giorno il dito fra il naso e la gola dell'inferma, scaturì la soluzione inattesa del problema. Invece di pervenire in uua cavità aperta, il dito esploratore si trovò in mezzo ad una grossa massa molle, facilmente sanguinante: uno stato patologico, la cui esistenza e natura costituiva a quei tempi una *terra incognita*.

Al Meyer riuscì di asportare le masse con l'operazione, ed il risultamento fu, che la sordità migliorò in grado considerevole, in quel che la voce prese un timbro naturale, e sparve la espressione da idiota. Per quanto soddisfacente fosse stato questo risultato, il merito reale di Meyer incomincia proprio da questo punto. Schopenhauer una volta notò giustamente che lo scopritore di una cosa non è chi la solleva da terra e la fa ricadere al suolo, sibbene chi la solleva e, riconoscendone il valore, la conserva. Se il Meyer avesse riguardato cotesta osservazione come una pura e semplice « curiosità patologica », sarebbero trascorsi anni prima che fosse stata degnamente apprezzata la importanza reale della scoverta. Ma il Meyer con l'istinto esatto dell'osservatore scienziato, il quale sa svi-

luppare una grande verità da piccoli fatti, non fece ricadere a terra il filo di quel gomitolo capitatogli per pura accidentalità tra le mani. Incominciò a studiare la questione da tutti i lati; esaminò la struttura delle masse da lui asportate, constatò che erano di natura glandulare, e le denominò: *vegetazioni adenoidi.* Indagò l'influenza che una ostruzione del cavo naso-faringeo esplica sull'udito, sulla favella, sull'espressione del viso, sullo sviluppo generale psichico e somatico. Esaminò 2000 bambini delle scuole di Copenhagen per accertare la frequenza di quest'affezione. Si fece apostolo della sua nuova dottrina, pubblicandola non soltanto nella sua terra natale, ma eziandio nei giornali scientifici di altri paesi. In una parola: egli comprese appieno la entità reale della scoverta, onde ai suoi successori non rimase altro, in questo campo, che aggiungere particolari più o meno importanti. Ma, la base dell'edificio da lui costruito, è rimasta immutata fin dal tempo della sua prima pubblicazione sopra questo argomento.

Ciò malgrado, non si può affermare che la sua dottrina abbia trovato una diffusione generale sin dal primo istante in cui fu annunziata. Quando nel 1881 egli aprì una discussione, sopra codesta questione, nel Congresso Internazionale medico di Londra, essa, come ben ricordo, per molti di quelli colà convenuti—e si noti che il suo uditorio era costituito in massima parte da specialisti—ebbe quasi l'attrattiva di una novità Soltanto nel decennio consecutivo, fu riconosciuta e vagliata, in tutto il mondo, la importanza reale dell' argomento. Al principio non era facile fare comprendere alla grande massa dei medici, nonchè ai genitori degl'infermi, per lo più di tenera età, che era stata fatta una scoperta la quale, come ben poche altre in Medicina, aveva la massima importanza pratica per il *mens sana in corpore sano* della generazione crescente; e per generalizzare codesti convincimenti, ci volle l'attestato del miglioramento meraviglioso, che si produsse in poco tempo, in quelli operati per vegetazioni adenoidi.

Ma la verità finisce, benchè spesso lentamente, per farsi strada, e prima che Meyer ebbe chiuso gli occhi al sonno che non ha dimane, gli fu concesso vedere riconosciuto e vagliato, in tutto il mondo, il merito della sua scoperta. Già allora ascendeva a molte migliaia il numero di quelli, cui l'asportazione a tempo delle vegetazioni adenoidi risparmiò il martirio di restare sordi vita natural durante, nonchè le conseguenze durature della impedita respirazione nasale; e si può affermare che coloro i quali, per i meriti di Meyer ne godranno nell' avvenire, ascenderanno a centinaia di migliaia ed a milioni.

Ecco perchè la proposta, fatta immediatamente dopo la sua eterna dipartita, di erigergli un monumento a Copenhagen, trovò universalmente simpatica accoglienza. Per realizzarla si formarono dovunque Comitati in quasi tutti i paesi dove viene coltivata la Medicina scientifica. In Inghilterra, questo impulso fu patrocinato da S. A. R. la principessa di Galles, la quale è una figlia del Re di Danimarca. Dovunque clinici, chirurgi, specialisti,

medici di casa, genitori memori e grati, vecchi infermi, gareggiarono tra loro per apportare il contributo ad un monumento di gratitudine davvero internazionale dei coevi al grande benefattore dell' umanità; ed il frutto di questa nobile e pietosa gara lo scorgiamo oggi in forma di questo splendido e commovente monumento, che tramanderà al mondo il nome dei suoi artefici, Bissen e Runeberg.

È vero che nel coro generale di assentimento si sono percepiti pochi discordi accenti. Qualche Aristarco si è permesso accampare la seguente domanda: ma, in ultima analisi, qual'è stato il merito straordinario di Meyer? Egli ho cacciato il dito nel cavo naso faringeo di una inferma, ed ha quivi rinvenuto una ostruzione, che rimosse, e la quale più tardi si rivelò più frequente di ciò che a quell'epoca si potesse ammettere ». Veriss'mo! Ma, debbo io ricordare a questa eletta schiera, qui convenuta, che lo stesso superficiale argomento fu addotto per menomare i meriti di Cristoforo Colombo? Si disse allora dagl' invidi : l' America è esistita sempre ; essa attendeva soltanto l'ardito nocchiero che avesse osato di avanzarsi verso l'Occidente, fino al punto da imbattersi nel nuovo continente.

Ora fu Colombo che *ciò fece*. A coloro, che si permettono di voler menomare, con la loro tabana lingua, il merito del defunto laringoscopista, noi, di rimando, diciamo: il cavo naso-faringeo attendeva il suo esploratore fin da che l'uomo ha vissuto sotto la cappa del Sole! L'ostruzione patologica di questa cavità è esistita fin dal primissimo periodo dell'Umanità, per quanto ci sia permesso rimontare alle trascorse epoche, lumeggiandole col faro dell'arte scultoria. Lo stesso Meyer nel suo ultimo lavoro, dato a luce pochi mesi prima di morire, fece rilevare che l'espressione del viso di molti busti e statue greche, che ci sono rimasti conservati, mostra chiaramente che i personaggi, effigiati in quelle statue, soffrirono di vegetazioni adenoidi. Ritratti medioevali di personalità storiche dimostrarono lo stesso.

Ad ogni medico avrebbe potuto lampeggiare l'idea di risolvere la questione nello stesso modo come fece il Meyer nel 1898 ; ma a lui era riserbato fare ciò, e poscia vagliare e concretare la entità della sua scoperta in modo tale, da renderlo, senza esagerazione alcuna, un benefattore dell'umanità. E perciò appunto oggi siamo quì convenuti; e per questi suoi meriti onoriamo oggi la sua memoria.

Signori, la Danimarca ha prodotto molti uomini di merito che eccelsero in quasi tutte le branche dell'attività umana. Se codesti meriti sono spesso noti ai rispettivi conterranei più che ai forestieri, ciò è ovvio, ed in tutti i paesi si riscontra un quissimile. Sonvi, però, alcuni danesi, il cui nome è ben noto ad ogni persona colta, e la fama dei quali batte altissimo il volo anche di là della terra natìa, e spazia ovunque lo spirito è coltivato e le sue produzioni sono in onore. E per quanto giustamente superbi possano essere i loro conterranei, non è men vero che codesti spiritti eletti appartengono, per così dire, al mondo intero.

Deggio io ora menzionare i nomi di Tycho Brahe, Hans Christian Oersted, Bertel Thorwaldsen, Hans Christian Andersen, Niels Gade? Io ritengo che accanto a queste grandi figure, si possa bene collocare quella di Hans Wilhelm Meyer, uno dei più preclari benefattori dell' umanità, che abbia conosciuto la storia della Medicina.

Signor Borgomastro, in nome di coloro che hanno contribuito volentieri a questo attestato esteriore di gratitudine verso il vostro grande concittadino, ho l'onore di affidare il monumento di Hans Wilhelm Meyer alla tutela delle autorità civiche di Copenhaghen.

A queste ultime parole cadde il velo, che fino allora aveva coverto la statua, e l'adunanza — che si alzò istintivamente, scovrendosi rispettosamente il capo — contemplò commossa i ben noti tratti del Defunto e la bella forma, che gli conferisce così degna onoranza.

Indi, il *Borgomastro* salì la tribuna, ed esternò il ringraziamento dei cittadini di Copenhagen al Semon ed a tutti coloro che hanno contribuito ad innalzare il monumento. Egli confermò tutto ciò che Sir Felix Semon aveva espresso, elogiò gli eccelsi meriti di Meyer, ed espresse il convincimento che, per quanto grandi potranno essere gli ulteriori progressi della specialità coltivata da Meyer, il nome di quel grande sopravviverà sempre onorato come uno dei vecchi maestri, in questa branca scientifica. In ultimo, promise, in nome delle autorità civiche di Copenhagen, di tutelare e conservare sempre e fedelmente il bel monumento, eretto alla sua memoria.

Al ringraziamento del Borgomastro, si associò quello del Presidente del Comitato Internazionale, il dottor Schmiegelow. Nel suo discorso questi si rivolse specialmente ai sottoscrittori esteri del monumento, i quali, nella persona di Hans Wilhelm Meyer, avevano onorato la scienza danese e l'intera nazione.

La bella festa terminò con la cantata della seconda parte dell'inno: anche lungo tempo dopo trascorsa la Cerimonia ufficiale, gli ospiti rimasero sulla piazza del Monumento, mai paghi di ammirare le peregrine bellezze della statua, sul cui piedistallo alcune mani pietose avevano deposto corone di fiori.

Alla sera di quel giorno, i giornali di Copenhagen, che all'intera festa avevano dedicato, già molti giorni prima, articoli ispirati a calda simpatia, riportarono minute relazioni sopra la cerimonia ufficiale e figure del monumento.

In quella stessa sera, il dottor Schmiegelow riunì nella sua ospitale casa, a banchetto, gli ospiti stranieri, il figlio del defunto, il fondatore dell'Hygiea, il borgomastro di Copenhagen, i membri del Comitato ed un certo numero di notabilità mediche.

Citeremo pure un fatto, che merita menzione, ed è che, prima di iniziare la cerimonia festiva, Sir Felix Semon, grazie alla cortesia del tesoriere del Comitato internazionale, il dott. Holger Mygind, ebbe occasione di esaminare l'inferma, che proprio 31 anno prima (22 ottobre 1867) consultò Guglielmo Meyer per sordità, dovuta alle vegetazioni adenoidi, dando con ciò il primo impulso a quella scoperta memorabile, cui fu dedicata la festa qui descritta. Benchè la sordità non sia completamente scomparsa, nè vi fosse stato da attendersi altro, a causa dell'età relativamente inoltrata che aveva l'inferma quando fu dal Meyer osservata (anche oggi essa soffre periodicamente otite suppurativa media), la favella però è naturale, nè si scorge traccia di espressione da idiota del viso.

***

Annunziamo con piacere la pubblicazione di un libro del Prof. Pasquale Sgrosso -- *Compendio di ottalmologia* ad uso degli studenti e dei medici pratici (con 158 xilo e fotoincisioni intercalate nel testo) Napoli 1899.

Questo compendio è scritto in maniera da rendere facile l'apprendere allo studente e da riescire di guida al medico nell'esercizio pratico, così per la diagnosi, come per il trattamento medico e chirurgico delle affezioni oculari.

Noi lo raccomandiamo ed i colleghi che desiderassero di possederlo, potranno richiederlo con cartolina vaglia di Lire dodici all' indirizzo del Pıof. Pasquale Sgrosso (Cisterna dell'Olio n. 5, Napoli).

AZZIO CASELLI

Con breve ritardo, ma non meno profondamente rammaricati, annunziamo la morte di Azzio Caselli, il chirurgo di alto ingegno, di profonda coltura, l'innovatore efficace, il geniale operatore, uno dei nostri collaboratori!

Il cordoglio, che unanime si è levato per tale dipartita dal seno della famiglia medica italiana e dai chirurgi in ispecie, trovando anche larga eco in quelli stranieri, è stato risentito egualmente dalla nostra famiglia specialistica, essendo noi particolarmente a Lui debitore, per aver Egli fin dal 1880 eseguito con esito brillante una operazione di estirpazione della laringe e per avere apportato delle semplificazioni all'operazione della tracheotomia in modo da renderla nel contempo rapida e pratica.

LIBRI VENUTI IN DONO

PANSINI prof. S. — Della pulsazione laringo-tracheale (fenomeno di Cardarelli) e di alcuni fenomeni nervosi negli aneurismi dell'aorta toracica. Napoli, 1898.

LINCOLN dott. R. P. — Turbinotomy. Method of operating. New-York.

COBB dott. F. — Histology and pathology of the middle turbinated bone. Boston, 1898.

ARSLAN dott. Y. — Syphilis héréditaire précoce du larynx chez les enfants. 1897.

— Altri cinque casi di angina e rinite pseudo-difterica infettivo-contagiosa da bacillo della setticemia dei suini. Firenze, 1898.

— Carie endo-mastoidea primitiva con complicazione intracranica. Venezia, 1897.

— Sui neoplasmi del rino-faringe. Torino, 1898.

TRIIFILETTI dott. A. — Esperienze sui canali semi-circolari dell' orecchio nei colombi. Napoli, 1898.

MOHRHOFF dott. F. — La tubercolosi. Cura antisettica e ricostituente mediante l'inalazione di nuovi rimedii volatili. Napoli, 1898.

SCHRÖTTER dott. H. — Ueber eine seltenere Indication zu einem operativen Eingriff im Larynx. Wien, 1898.

D'ALESSANDRO dott. F. — I raggi Röntgen e le loro applicazioni medico-chirurgiche. Napoli, 1898.

NUVOLI e DI PIETRO — Sull'uso delle vocali nell'insegnamento del canto. Torino, 1898.

GUERRINI dott. G. — Sugli elementi elastici delle vie respiratorie superiori. 1898.

D'AJUTOLO dott. G. — L'irrigatore della bocca. Bologna, 1898.

FORNS dott. R. — Casuistica Oto-rino-laringologica. 1898.

SCHEIER dott. M. — Zur Anwendung der Röntgenstrahlen für die Physiologie des Gesanges. Berlin, 1898.

— Ueber die Sondirung der Stirnhöhle. Wien, 1897.

— Fracturen des Kehlhopfes.

CAPRIATI dott. V. — Sur un cas opiniatre et grave de hoquet paroxistique guéri par la galvanisation des nerfs phréniques. 1898.

FINK dott. E. — Orthoform in der Rhino-Laryngologie. Würzburg, 1898.

— Wann ist die Anwendung der Galvanokaustik in der Nase indicirt? Wien, 1898.

LEPORE dott. G. — Divagazioni scientifiche. Campobasso, 1898.

INGERSOLL dott. I. M. — Sinusitis nasi. 1898.

CASTEX prof. A. — Maladies du larynx, du nez et des oreilles. Paris, 1889.

CONCETTI prof. L. — L'insegnamento della Pediatria in Roma. Secondo rendiconto statistico-clinico (biennio 1896-97 e 1897-98). Roma. 1898.

GAUTIER dott. L. — Traitement de la syphilis laringée, en particulier des sténoses laringèes par le tubage. Lyon, 1897.

GOUGUENHIEM et LOMBARD — De l'electrolyse interstitielle cuprique dans l'ozène. Paris, 1898.

BENEVENTO dott. A. — Studio sul mughetto dal punto di vista dell'etiologia e della terapia, Milano, 1898.

WHITEHILL HINKEL dott. F. — Report of a death following immediately an operation for naso-pharyngeal adenoids under chloroform, with remarks on chloroform anaesthesia in this operation. New York, 1898.

La redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

PARTE ORIGINALE

PORTALACCIO PER L'UGOLA

pel dott. L. AJELLO

Le emorragie in seguito ad *uvolotomia* appartengono alle eccezioni: pochi casi sono stati sparsamente riportati nella letteratura, e nella sua lunga pratica il prof. Massei ne rammenta appena tre, in due dei quali sono stato spettatore oculare.

Quasi sempre la causa della perdita di sangue è una condizione ateromasica od emofillica, ma lo stillicidio continuo eleva, talora, la quantità totale del sangue perduto a siffatto punto, che bisogna decidersi a frenare definitivamente la emorragia.

La cauterizzazione elettro-galvanica, i comuni emostatici, il ghiaccio, restano infruttuosi; la compressione con un *klemmer* è malamente tollerata, dolorosa e di non facilissima applicazione, quando il moncone dell'ugola recisa è corto abbastanza.

Taluni, in linea preventiva, raccomandano l'ansa galvanica; ma quando si pensa alla rapidità con la quale si recide l'ugola, grazie ad una forbice comune; all'indolenza della piccola operazione, grazie ad una buona cocainizzazione, bisogna pur confessare che non vale la pena, per queste rare eventualità, ricorrere all'ansa galvanica, la quale agisce tanto più lentamente, quanto meno si pensa a stirare l'ugola con una pinza, riesce assai più dolorosa e non protegge definitivamente da una emorragia secondaria alla caduta dell'escara.

Per tutte queste considerazioni, più che a prevenire la emorragia, bisogna pensare a frenarla, e poichè ho già detto della problematica efficacia dei molti mezzi, non rimane che decidersi ad allacciare il moncone dell'ugola recisa. Ciò che hanno fatto appunto i chirurgi ai quali è capitato l'accidente e che ha egualmente fatto il prof Massei nei suoi tre casi.

Allacciare il moncone dell'ugola non è sempre compito facile: se il paziente è docile, vi è la difficoltà di portare in sito il filo preparato a nodo; ma se il paziente è pusillanime, o che la emorragia lo abbia reso timido, o che si tratti di soggetto ne-

vrastenico o vi sia una iperestesia della gola, bisogna perdere molto tempo prima di espletare l'allacciatura, soprattutto quando si pensa che il sangue e la saliva bagnando il filo, lo piegano ed ecclissano l'ansa preparata.

Nell' ultimo dei tre casi del Massei, al quale sono stato io pure presente, noi abbiamo dovuto sostenere una vera battaglia per decidere l'infermo ad una relativa tranquillità e stringere nel laccio il moncone da cui plorava sangue in quantità non disprezzabile. Furono appunto le peripezie di questo caso, che ci spinsero ad immaginare un *portalaccio,* il quale semplificasse la manovra, e dopo un pò di studio e di prova, a me è riuscito farne costruire uno che, senza suggestione di amor proprio personale, mi pare risponda perfettamente allo scopo.

Eccone il disegno e la descrizione.

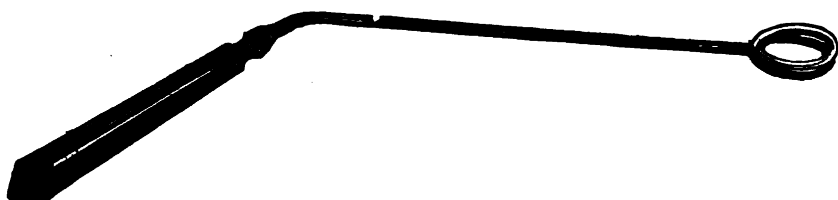


Fig. 1.

L'istrumento (v. la figura) si compone di un' asta metallica, la quale termina ad una estremità con due anelli sovrapposti ad una certa distanza; l'altro estremo, piegato ad angolo ottuso, aperto in basso, s'innesta ad un manico. I due anelli sono piani, l'inferiore un pò più largo del superiore, e distano tanto fra loro, quanto la spessezza di un comune filo da legatura, o poco più.

Il modo di usarlo è semplicissimo. Si prende un filo per allacciatura, e, preparatone il nodo chirurgico, si adatta tra i due anelli, lasciando venir fuori, abbastanza lunghi, i capi del filo per quanto è lungo il portalaccio. L' operatore, introdotto l' istrumento nella bocca del paziente e tenendo stretti i capi del filo insieme al manico, fa passare il moncone dell'ugola attraverso l'ansa metallica, che al postutto è una guida. Indi, mentre un assistente ritira pian piano l'istrumento, l'operatore contemporaneamente stringe il nodo, o viceversa, e così si trova allacciata l'ugola in men che si pensa.

Forse un'altra applicazione potrebbe avere questo portalaccio nell' uvolotomia; non per un'allacciatura preventiva, al disotto della quale cadrebbe il taglio, ma per stirare l' ugola, invece che con una pinza, sul dorso della lingua, e reciderla come di ordinario con la forbice.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. F. MASSEI

NOTA TERAPEUTICA PREVENTIVA

SULL' EUROFENE, SUL PARACLOROFENOLO

SULL' ACQUA OSSIGENATA E LA JODOTIRINA

pel dott. G. ISAIA
Assistente

In questo passato anno scolastico, al nostro Dispensario di Laringoiatria, come negli anni precedenti, si sono continuati gli esperimenti con altri farmaci, alcuni nuovi, qualcheduno antico, allo scopo scientifico ed umanitario di vedere quali di essi, nella nostra specialità, fossero da tenersi in conto e quali da eliminarsi.

Ho continuato ad avere io questo incarico, e, come il lettore di leggieri argomenterà, essendo questa una nota preventiva, troverà cennati in un modo sommario e fugace, i risultamenti e le lesioni contro le quali sono stati adottati questi varii farmaci: a miglior tempo, sarà fatta una più larga descrizione dei singoli casi.

Incomincio dall' *Eurofene,* introdotto in terapia come succedaneo dell'*aristolo,* dell'*airolo*, del *jodoformio* ecc. Di questo farmaco mi sono avvalso come del *Glutol Schleich,* nell'altro anno, nelle lesioni della sifilide tardiva del naso, della faringe e dell'istmo delle fauci. Nei casi in cui queste lesioni sono inveterate, vaste, l' *Eurofene* non è da raccomandarsi, perchè poco risponde; ma nelle forme recenti e superficiali, si può benissimo sostituire al *jodoformio.* L'ho adoperato in polvere, insufflandolo localmente in modo da coprire la lesione di continuo, ed ho notato che i pazienti lo tollerano bene, non riuscendo punto disgustoso, come il *jodoformio.* Dopo i primi giorni, la lesione cambia di aspetto e tutto volge a guarigione in modo piuttosto rapido.

Il *Paraclorofenolo* si è adoperato nella tubercolosi laringea; le esperienze cliniche fatte durante l'anno scolastico sono state poche, i risultati ottenuti non molto incoraggianti. Però bisogna

tener conto che tra gl'infermi di tubercolosi laringea, benchè molti compariscano tra gl'inscritti, pochi hanno frequentato con una certa assiduità il dispensario e soltanto per breve tempo; ragione per cui non è stato possibile seguire da vicino gli effetti della medicazione speciale. Ci riserbiamo di continuare gli esperimenti quest'anno con la speranza di migliori risultati.

L'*Acqua ossigenata*, ben nota da vecchia data nella chirurgia generica pel suo potere antisettico, è stata introdotta da qualche tempo nelle nostre branche speciali, perchè sprigionando gas ossigeno riesce ad insinuarsi in cavità più o meno anfrattuose, dove non è accessibile la penetrazione di liquido e se prima fu adoperata nei processi suppurativi, oggi si è sollevato intorno ad essa un vero scalpore per le sue applicazioni ai processi atrofici.

In questi appunto l'ho adoperata anch'io, dopo il dottor A-c u n t o che, col permesso del Direttore, la sperimentava nel nostro Ambulatorio, ed a me pare che bisogna intiepidire questo entusiasmo.

Il lettore ricorderà come la terapia, contro queste condizioni sia ancora deficiente e si vada sempre alla ricerca di qualche farmaco, che rendendosi superiore agli altri finora noti, possa riuscire veramente efficace. Non appena qualche nuovo preparato compare sul campo terapeutico con gli auspicii di un buon rimedio in siffatte lesioni, gli si fa ressa attorno, e purchè alle prime applicazioni spieghi una certa efficacia, si annunzia ai quattro venti come un farmaco miracoloso. Questo ho notato nell'*Acqua ossigenata*: miglioramenti locali, nei primi giorni e poi il ritorno allo *statu quo*. Con ciò non voglio condannarla all'ostracismo, ma annoverarla nel numero degli altri farmaci che servono allo stesso scopo.

Ed ora eccomi alla *Jodotirina Bayer*, oggi tanto in voga come attivatore del ricambio materiale, per cui è stata adoperata nei disturbi mestruali, nei fibromi uterini, per accelerare il consolidamento delle fratture, nei processi sclerotici, adesivi dell'orecchio, nel gozzo parenchimatoso ecc. In questa ultima malattia, è stata adottata per vedere di suffragare la deficiente terapia, e si sono raccolti parecchi casi sui quali continua tuttora l'esperimento. Abbiamo casi di gozzo semplice, unilaterale, bilaterale, con o senza fenomeni di compressione sulla trachea e sui ricorrenti. Si è avuto cura di prendere nota di ogni singolo caso, misurando il gozzo prima e durante l' amministrazione delle tavolette di *Jodotirina*, che l'infermo riceveva al nostro dispensario e consumava quotidianamente, due, tre, quattro al giorno,

secondo la tolleranza (1). I pazienti se ne sono piuttosto avvantaggiati perchè i fenomeni subbiettivi culminanti e più molesti, come l'affanno, la tosse e la dispnea, venivano ad essere attenuati e qualche fiata cessavano interamente insieme alla progressiva e quotidiana diminuzione del gozzo, come tratto, tratto si rilevava misurando il collo. Questo fatto, secondo me, è da mettersi in raffronto con la mancata compressione pel diminuito volume del tumore. Epperò devo francamente constatare che questo graduale, e talora rapido miglioramento, d'ordinario si arresta dopo i primi giorni, o procede in un modo talmente lento, che talvolta è opportuno sussidiarlo con la corrente elettrica costante, come si è fatto appunto nel nostro Dispensario.

Ma i buoni servigi della *Jodotirina* non possono andar dimenticati e forse una più lunga esperienza renderà omaggio a quest'altra individualità dell'Opoterapia. Quello che non posso omettere di ricordare, terminando, è che la *Jodotirina Bayer*, gentilmente fornita alla Clinica dalla Casa *Bayer*, ci è sempre sembrata la più tollerata fra le preparazioni congeneri.

---

(1) Ognuna di queste tavolette contiene 25 centigrammi di jodotirina. Si può anche amministrare, e nelle stesse dosi, la polvere.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal prof. F. MASSEI

ANGIOMA SEMPLICE DELLA FOSSA NASALE

Nota clinica e reperto istologico

(con una tavola)

pel dottor G. MARTUSCELLI

Assistente

Il 22 novembre u. s. venne al nostro Ambulatorio il giovanetto G. Francesco, di anni 13, calzolaio, da Torre Annunziata, per curarsi di un' affezione nasale.

Anamnesi remota, muta. Nato da genitori sani tuttora viventi, non è andato soggetto, negli anni precedenti, ad alcuna malattia degna di rilievo. Solamente, ha sofferto ripetute corizze; ma non presenta l'abito scrofoloso. Da poco più che tre mesi si era accorto che la respirazione pel naso s'andava ostacolando nella narice di destra, e contemporaneamente si manifestarono brevi e frequenti epistassi.

Costituzione scheletrica mediocre; cute di colorito bruno; pannicolo adiposo in proporzioni normali. Prolabi e regione nasale esterna, normali; mucosa labiale di colorito pallido; congiuntive tarsee e bulbari leggermente iniettate. Canali naso-lagrimali affatto pervii. Muscoli bene sviluppati: nessuna asimmetria od arresto di sviluppo nel resto dell'organismo.

Organi toracici ed addominali in istato sano.

L'esame delle cavità nasali e faringo-laringee fa notare quanto segue.

La narice di destra bloccata da una massa rosso-scura, opaca, della grandezza di un' avellana, irregolarmente rotonda, dal peduncolo spesso e breve, impiantata alla parte antero-inferiore del cornetto medio. Lo scheletro della narice è normale; v'è assenza di dolori spontanei o provocati alla pressione, ed alla palpazione mediata (mercè apposito specillo) si provoca una moderata fuoriuscita di sangue e si rileva la consistenza alquanto dura del neoplasma.

Non v'è partecipazione dell'antro, nè degli altri seni annessi.

Manca una vera compressione. Il tumore è poco mobile ed occupa il meato medio. Modica e buona secrezione nasale. La mucosa che riveste il setto è arrossita, ma non tumefatta; egualmente si presenta quella che tappezza il resto della narice.

Nell'altra vi sono le note di un catarro cronico.

Nella cavità orale, moderata ipertrofia delle tonsille palatine e faringite cronica secondaria a rinite. Coane del tutto libere: normali la volta faringea e l'apertura delle trombe.

Laringe sana.

Il prof. Massei fa diagnosi di polipo fibro-telangettasico, e lo asporta con l'ansa fredda. La emorragia poco significante si frena con lo zaffo di garza al jodoformio, e si tiene l'ammalato in osservazione per tutta la durata delle consultazioni. Non essendosi presentato alcun fenomeno post-operatorio, si rimanda il giovanetto, avvertendolo di farsi, presto, rivedere. Dopo due giorni, trovato che tutto procedeva nella migliore maniera, si toglie definitivamente lo zaffo e si prescrivono lavande astringenti. Rapida guarigione.



Oltre ai caratteri già rilevati, eccone altri pochi relativi a tumore asportato.

Il colorito rosso-scuro dell'esterno si fa meno evidente sulla superficie di sezione. Quì, è rosso-carnicino, e decorrono, in vario senso, nel tessuto, linee di un rosso più fosco le quali evidentemente rappresentano il decorso dei vasellini di maggior calibro. Premuto fra le dita, non ne geme sangue o appena un poco; la consistenza è, in generale, dura, ma cedevole; in qualche punto, molliccia. La superficie esterna pare sprovvista per buona parte di rivestimento epiteliale: sul tumore aderiscono, invece, croste di sangue, variamente tenaci.

Fissato immediatamente in alcool assoluto, se ne ottengono, dalla inclusione in paraffina, sezioni che lo interessano per tutta la spessezza e pel suo diametro maggiore, le quali vengono colorate con ematossilina alluminata ed eosina e con carminio borace. Da queste ultime furono ritratte le figure annesse al lavoro.



Esame microscopico.—Ciò che, per primo, attira l'attenzione è la enorme quantità di capillari, che decorrono, per ogni verso.

I numerosi vasellini sono tutti egualmente disseminati nei preparati: solo in prossimità del peduncolo, vi sono pure alcune sezioni di lacune linfatiche, molto dilatate.

Innumerevoli sono i vasi neoformati: questo si giudica dalle frequenti gemmazioni che promanano dalle loro pareti e dalle tante anastomosi che si stabiliscono fra i diversi capillari.

Ecco, peraltro, il reperto istologico completo.

Tutta la periferia del tumore presenta le vestigia di un epitelio pavimentoso stratificato. Però in nessun punto è nettamente visibile: ciò è da ascriversi sia ai maltrattamenti continui provocati dalle medicature dirette a frenare le rinorragie, sia anche, e più, all' azione del disfacimento del sangue ivi rappreso in croste, come pure al ristagno di muco. Lo strato epiteliale si colora di una tinta uniforme, sbiadita; i residui nucleari appaiono quà e là in forma di piccolissimi granuli disseminati nella massa omogenea, quasi come tanti piccoli cocchi.

L'osservazione della struttura dell'epitelio è pure ostacolata da una enorme infiltrazione leucocitaria e dallo addensamento di elementi fuso cellulari; ma su di ciò ritorneremo fra breve.

Il tessuto fondamentale, ossia lo stroma del tumore, è vario. Volendone tener conto nella definizione del neoplasma, risulterebbe una di quelle denominazioui di tre a quattro nomi, mentre è ovvio, specialmente nei tumori nasali, riscontrare la varietà nella costituzione di questo tessuto fondamentale, come reperto comune, e come la osservazione giornaliera dimostra. In ogni modo, il connettivo che forma il sostegno e l'unione di questa ricchissima rete vasale è decisamente mucoso al centro del tumore: anzi in tale punto è ridotto a sottili filamenti che racchiudono una sostanza collogena, e che si confondono con i filamenti terminali delle lunghe gemmazioni dei capillari neoformati. La fig. 1. dimostra una tale struttura. Un altro particolare è che, quivi, i vasi si presentano tutti tagliati nel senso longitudinale. Ve n'ha alcuni che percorrono, oltrepassandolo il campo microscopico, come ve n' ha di molto brevi. La massima parte presentano dilatazioni circoscritte e si anastomizzano per mezzo della citate gemmazioni, alcune delle quali si mostrano canalizzate.

In altri punti il connettivo è fibroso. Quivi, fig. 2, i vasi si osservano tutti in sezione trasversale; il connettivo con le sue fibre accompagna, singolarmente, con tre a quattro giri concentrici i diversi ed innumerevoli capillari. È un tessuto completamente compatto, solcato per ogni dove dalla rete san-

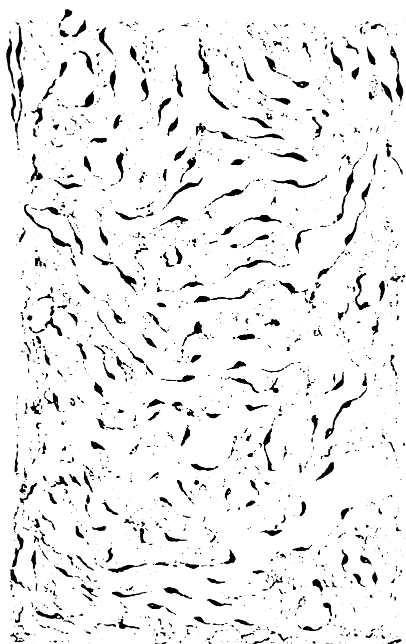


fig. 1.



fig. 2



fig. 3.



fig. 4.

Dr G. Martuscelli dis. e inc.

guigna neoformata, e che, per tutti i particolari, differisce da quello ora esaminato. In corrispondenza del peduncolo, insieme ai capillari, si notano (v. fig. 3) diverse lacune linfatiche molto dilatate, con endotelio le cellule del quale hanno nuclei che sporgono molto nel lume vasale.

Quì, nel connettivo, anche fibroso, l'infiltrazione leucocitaria è pure assai rilevante. A piccolo ingrandimento parrebbe trattarsi di un tessuto sarcomatoso. Inoltre, in vari punti del neoplasma, si trovano emorragie parenchimali, circoscritte, più o meno rotonde e di varia grandezza. In esse è evidente la fase di organizzazione, sebbene in diverso grado. Tutti i vasellini e le lacune hanno un endotelio formato da un solo strato di cellule, le quali si accollano direttamente al tessuto connettivo.

Un ultimo particolare.

Già da tempo, per consiglio del mio illustre Maestro in anatomia patologica, il prof. Armanni, sotto la cui direzione ebbi la fortuna di indirizzarmi alle ricerche scientifiche, portai lo studio su parecchi caratteri istologici inerenti ai tumori nasali e laringei, e di alcuni ho discusso in varii dei miei lavori. Uno di questi particolari è l'apparenza sarcomatosa che la più parte presentano; apparenza, alcune volte, assai ingannatrice; e fu solo dal confronto dei numerosi preparati di tumori di qualsiasi organo o tessuto, da me fatti nei varii anni che ebbi l'onore di appartenere al suo Istituto, che io potetti formarmi il vero concetto diagnostico delle forme sarcomatose dei tumori che ci interessano e bene vagliarle. In effetti, diversamente, potrei dire, esagerando alquanto, di non aver osservato altro che sarcomi, quando i casi da me pubblicati sono limitatissimi.

Ciò ho premesso per due ragioni: per risparmiarmi una esposizione dottrinaria sulle forme del sarcoma, del resto già fatta recentemente da altri; e per poter brevemente riferire quello che, a tal proposito, in questo tumore, io ho osservato.

Al di sotto dell'epitelio, o, per essere più esatti, dello strato omogeneo che tiene il posto del rivestimento epiteliale, si nota un altro strato, nettamente limitato verso il centro, che accompagna il primo ed ha una spessezza tre volte maggiore. È costituito da elementi rotondi polinucleati, da cellule fusate e da cellule che presentano forme di passaggio tra gli uni e le altre.

Quelli, fig. 4., sono, senza dubbio, leucociti; le altre tutte, sono diverse fasi delle cellule connettivali in via di rigenerazione; e perciò, per quanto, a piccolo ingrandimento (v. fig. 3), la

ipotesi di una metaplasia sarcomatosa possa parere giustificata, per tanto, pel minuzioso esame ed a forte ingrandimento, questa metaplasia va messa da banda.

***

Scarsissima è la letteratura su questa affezione; i casi raccolti si riferiscono tutti a tumori del setto. Io, per non eccedere il modesto compito che mi sono imposto, cioè quello di scrivere una *nota*, farò a meno, questa volta, di riportare ed illustrare le altrui osservazioni. Ne citerò solo due.

L'angioma nasale è raro; e tanto maggiormente, in quanto che ha sede sui cornetti invece che sul setto. Ma non è giusto il comprendere tra le ipertrofie polipoidi dei cornetti (molto comuni) le *poche vere* forme angiomatose di questa regione, e non ammetterle completamente. Così, per es., il Rethi, in un lavoro sui polipi sanguinanti del setto nasale (*Wiener med. Presse, 11 Nov. 1894*), a proposito di un tumore asportato in una giovane a 25 anni, ed il cui esame istologico dava a vedere *« uno stroma di un connettivo ricco in vasi ed in cellule .... numerosi vasi di nuova formazione, vasi capillari dilatati talmente, che si potrebbe chiamar quasi il tumore telangettasico »*, ... crede si tratti, di una ipertrofia polipoide analoga a quella che si riscontra *in modo banale* a livello del cornetto medio, con impianto sul setto. Ammette pure che queste forme dipendano da un processo catarrale cronico e che *« nè le circostanze etiologiche, nè l'istologia »* permettono d'attribuire a queste neoformazioni un posto speciale nella nosologia rinologica.

A parte che il Rethi fa la descrizione di un vero angioma, a me, francamente, sembra che da una osservazione personale, contraria (o creduta tale) alla accettazione della esistenza di una vera forma di tumore angiomatoso nelle cavità nasali, a volerne bandire perfino la possibilità di manifestarsi, significa correr troppo!

Che sia *cosa rara* lo sviluppo nelle fosse nasali di angiomi formanti tumori tanto voluminosi da prestarsi ad un esame preciso microscopico o macroscopico, soprattutto se si ha cura di separare gli angiomi della cavità nasale propriamente detta dai fibromi assai vascolarizzati o fibro-mixomi che, primitivamente sviluppati sull'apofisi basilare, invadono secondariamente le cavità nasali, come ben dice Luc in un suo lavoro (1), è pur troppo vero. Ma, è appunto per questo che le poche osservazioni

(1) *Des angiomes des fosses nasales—Arch. de Laryng. 1890, III.*

positive acquistano valore!. —Ora io, prima d'aver letto quanto ho riportato del Rethi, avevo eseguito varie sezioni di ipertrofie polipoidi della mucosa del cornetto medio, affine di fare il parallelo tra le due forme di lesioni. Ed è veramente *banale* la differenza che si rileva tra i preparati dell'angioma e quelli del tessuto ipertrofico.

La struttura di quest'ultimo si avvicina assai, per i vasi, a quella dei fibromi telangettasici: cioè più che *neoformazione* e *dilatazione* di vasi, si rileva una dilatazione semplice dei vasi venosi e delle lacune linfatiche *preesistenti*. Attenendoci a definire per angiomi quei tumori *alla composizione dei quali prendono una parte rilevante i vasi sanguigni in parte neoformati* (Ziegler), noi verremo a metter fuori dal gruppo di questi tumori le forme telangettasiche dei fibromi e le dilatazioni vasali delle ipertrofie polipoidi della mucosa dei cornetti.

Abbiamo denominato angioma semplice o polipo telangettasico questo da noi esaminato, perchè, anche dallo Ziegler, va così definito lo sviluppo di numerosi capillari e vasi venosi abnormemente larghi ed essenzialmente alterati nella loro struttura (dilatazione circoscritta di capillari preesistenti o neoformati).



Fra gli specialisti italiani, hanno contribui.o ad aumentare la casuistica dl questi tumori (con sede sul setto) l'Arslan, e a specializzarne bene il carattere istologico da quello di tumori affini, recentemente, lo Strazza (cavernoma in una donna di 64 anni).

Come appare chiaro, io quì ho tenuto solo conto degli angiomi puri; non ho creduto comprendere, in questo studio, gli angio-sarcomi, ecc. ecc.

Ritornando al caso da me descritto, esso segnerebbe il termine più basso della età in cui s' è riscontrata questa neoplasia; sinora il più giovane ammalato registrato nella letteratura, aveva 20 anni. Come in quasi tutti gli altri pochi casi, pare che la guarigione debba mantenersi costante nel nostro operato: dico pare, perchè il breve tempo decorso dalla operazione non permette di avvanzare giudizii in proposito; v'è ragione a sperar bene, tenuto conto della rapida guarigione della operazione e della assenza, a microscopio, di una fase di metaplasia in tumore maligno.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal prof. F. MASSEI.

SARCOMA PRIMARIO DELLA TRACHEA

pel dott. G. PROTA
Assistente

La trachea è raramente sede primaria di tumori maligni, che per lo più l'attaccano secondariamente, cioè per diffusione da organi limitrofi, poichè la trachea ha soprattutto una parte passiva in rapporto alla laringe, che avendo una parte attiva, nella duplice funzione respiratoria e fonatoria, è più disposta alle irritazioni e quindi alla formazione dei tumori.

I sarcomi primarii della trachea sono abbastanza rari a riscontrarsi; essi sono di frequente secondarii a quelli della glandola tiroide, i quali, dopo aver perforato le pareti tracheali, pervengono in trachea; oppure sono secondari a sarcomi delle glandole linfatiche mediastiniche, o per diffusione da quelli della laringe.

Se ne sono osservati anche in seguito a metastasi da sarcomi primarii della laringe; da sarcomi alveolari della glandola tiroide, oppure in seguito a melano-sarcomi primarii della cute.

I sarcomi primarii della trachea, in rapporto a quelli della laringe, sono molto rari; difatti da una statistica di Bergeat si rileva che sopra 99 casi di sarcoma primario della laringe, se ne contano soltanto 12 della trachea; ed in un'altra redatta da P. von Bruns si nota che fra 14 casi di sarcoma primario della trachea ve ne erano 3, nei quali anche la laringe era affetta, sebbene la trachea fosse stata la primitiva sede di origine.

Da questi brevi dati statistici risulta la poca frequenza del sarcoma primario della trachea: perciò avendo avuto l'opportunità di osservarne due casi, credo utile richiamarvi sù l'attenzione.

I. osservazione. — Storia clinica.

Ai 22 novembre 1898 si presentò all'Ambulatorio una donna, quarantenne, Carmela Sessa, in preda a grave dispnea, che la affligeva da vario tempo.

Di mestiere contadina maritata in Avellino, racconta che da 2 anni avea avuto molestie alla gola e un po' d'affanno nel lavoro prolungato. Dapprima avea dato poco peso alle sue sofferenze, ma poi, visto che la dispnea cresceva, sebbene lentamente, fino al punto da impedirle il lavoro, ed avendo specie di notte gravi accessi ortopnoici, consultò un medico.

Però sebbene avesse esperimentati i comuni mezzi terapeutici, la dispnea non migliorò, anzi da un anno in quà è andata aumentando, e l'inferma dice di mancarle il respiro se cammina molto o si sforza a parlare. In tali condizioni viene a noi.

All'esame laringoscopico si nota: sana la cavità laringea; corde vocali bianche e normali nei loro movimenti, anzi queste si abducono marcatamente, per cui la trachea appare in quasi tutta la sua ampiezza occupata da una massa neoplastica, a livello del 4° anello tracheale, della grandezza di una noce avellana, di colorito roseo, a superficie liscia con vasellini varicosi, e divisa in 2-3 lobi rotondeggianti (v. fig. 1).


Fig. 1.

Tale tumore è ben delineato anteriormente e verso sinistra, mentre a destra fa corpo con la trachea, in modo che sembra originarsi dalla parete posteriore e destra di essa. Solamente un piccolo spiraglio lineare rimanetra il tumore e la parete tracheale non invasa dalla neoplasia, per dove entra a stento l'aria.

Con tale reperto laringoscopico si spiega benissimo la grave dispnea ed il rumore di stenosi tracheale.

L'esame del petto non fa rilevare alterazioni patologiche, solo ascoltasi un marcato rumore di stenosi propagato.

Cuore e grossi vasi normali.

Nulla d'importante nell'anamnesi; assenza di ingorghi glandolari e d'infezione sifilitica.

Si consiglia all'inferma l'operazione, alla quale si sottrae, poichè va in paese per aggiustare le sue cose, promettendo di ritornare, ma non si fa più vedere, nè se ne hanno ulteriori notizie.

2. *osservazione.—Storia clinica.*

Consiglio Palma, di anni 50, nubile, contadina, da S. Antimo, viene all'Ambulatorio per curarsi di affanno e di disfonia.

Racconta che da circa 6 mesi aveva cominciato a notare disturbi della voce, una raucedine che poco, a poco cresceva e di pari passo l'affanno, specie quando lavorava.

Tutti i mezzi usati non valsero a correggere o mitigare le sue sofferenze, tanto che nel mese di novembre dello scorso anno fu ricoverata nell'Ospedale della Pace, ove migliorò alquanto; ma, appena uscita, ritornarono le sofferenze in maggior grado, ed ora la notte specialmente, l'affanno non la fa riposare.

Per tali sofferenze chiede il nostro consiglio; l'esame laringoscopico, praticato il giorno 21 gennaio u. s., dà il seguente risultato.

Al di sotto della corda vocale sinistra si nota una massa vegetante, per aspetto simile ad una tonsilla, cioè di colorito roseo, a superficie ineguale, ed in alcuni punti pellucida (v. fig. 2.).

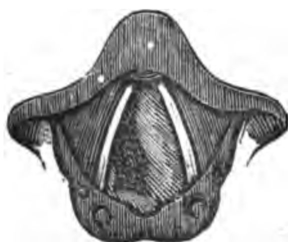


Fig. 2

La massa neoplastica comincia al di sotto dell'angolo di commessura delle corde e contorna la parete sinistra e posteriore della trachea, sporgendo al disotto della regione inter-aritenoidea e per pochissima parte anche al disotto della corda vocale destra, verso l' attacco posteriore.

La glottide è così potentemente ristretta. La corda v. sinistra è fissa nell'abduzione; la corda destra esegue benissimo i movimenti di escursione, ma urta contro la massa vegetante, che sporge sulla linea mediana. Così viene spiegata la dispnea e la disfonia.

Nulla di patologico da parte degli altri organi. L' anamnesi è perfettamente negativa riguardo ad affezioni sifilitiche, nè si notano adenopatie, e meno qualche leggiera febbre, l'inferma assicura di essere stata sempre bene pel passato.

Fatta la diagnosi di tumore tracheale a rapida evoluzione, consigliamo la tracheotomia, riservandoci in 2.° tempo l'asportazione del tumore, per le vie naturali; ma anche questa inferma ricusa qualsiasi intervento, nè ci permette di asportare un pezzettino del tumore per l'esame istologico. Rimpatria e non abbiamo più sue nuove.

***

L'osservazione di questi due casi rivela, ancora una volta, l'importanza dell'esame laringoscopico, poichè, senza di esso

non si avrebbe potuto fare la diagnosi dai sintomi generali e funzionali. Difatti, nel 1.° caso il solo sintomo era la grave dispnea, comune a molte malattie—giacchè la voce era buona, non essendo impegnate le corde vocali — e l'esame diretto ci fece scorgere la grossa massa neoplastica, che occludeva quasi tutto il lume tracheale.

Nel 2.° caso, poi, sebbene alla dispnea fosse unita la disfonia, pure non si sarebbe fatta la diagnosi di natura e sede del tumore senza l'aiuto del laringoscopio.

L'aspetto del tumore, il decorso, la sede e la mancanza di manifestazioni sifilitiche, ci fecero ammettere la diagnosi di sarcoma primario della trachea.

Questi tumori hanno varia forma, possono essere rotondi, con larga base, o prendere un aspetto papillare, o possono raggiungere un considerevole volume fino a riempire tutto il lume tracheale, come nella nostra 1ª osservazione.

Il decorso è lento e subdolo e fino a quando non disturbano la funzione respiratoria, gl' infermi non avvertono alcuna molestia e possono portare per anni un tumore siffatto.

Cio è spiegabile, in buona parte, ponendo mente al modo come si sviluppano tali neoplasmi. Come *connettivomi*, essi possono originarsi da tutti gli strati della sottomucosa, come dal pericondrio o dalla cartilagine. Più facilmente si sviluppano dal connettivo sottomucoso o dal pericondrio, e si può ammettere che prediligano questa regione, poichè essa trovasi immediatamente al disotto della rima glottidea, ove si accentrano tutti gli sforzi respiratorii e fonatorii. La mucosa qui è lascamente aderente alle parti circostanti, e sono ivi facili (come ha dimostrato il nostro Direttore nei suoi lavori) le fasi catarrali ed infiammatorie. Ora, dando importanza, nella origine dei tumori sinora assai ignota, a questi processi catarrali precedenti, possiamo spiegarci lo insorgere di un neoplasma in una regione già maltrattata precedentemente e soggetta a continui stimoli di diversa entità.

Perciò, pure, tali tumori, che si originano lentamente su iperplasie della sottomucosa in seguito a cronici catarri, si sviluppano lentamente e subdolamente.

Difatti, la maggior parte sono fibro-sarcomi; ciò vuol dire che il tessuto fibroso neoplastico, solo nell' ultimo stadio, favorito dalla abbondante irrorazione vasale che certe volte vi si riscontra, si tramuta, per enorme iperplasia dei suoi elementi, in tessuto sarcomatoso. E questa metamorfosi è causata, o almeno grandemente favorita, dall'aumentata ristrettezza del lume tra-

cheale che, a sua volta, riversa sul neoplasma tutti gli stimoli, con una intensità sempre crescente. Una tale ipotesi va d'accordo con la osservazione clinica, cioè che questi tumori, asportati prima che avessero raggiunto un enorme sviluppo, raramente presentano decisi caratteri sarcomatosi; d'altra parte la metamorfosi sarcomatosa è sempre da temere, per le su esposte ragioni, e perciò sarà bene, in ogni caso, venire presto ad un atto operativo radicale.

Così Schroetter potette tenere in osservazione un paziente per 20 anni. Trattavasi di un uomo di 34 anni, che nel 1867 aveva un tumore della trachea peduncolato, lobulato, che originavasi a livello del 4.° anello tracheale.

Schroetter, dopo averne levato un pezzetto con la pinza, distrusse il resto, e l' esame mostrò trattarsi di un fibro-sarcoma.

Nel 1877 il tumore recidivava, e venne distrutto col medesimo processo; nel 1873 novella recidiva del tumore, che cresceva lentamente.

Nell'inverno 1878-79 il tumore crebbe fino a riempire tutto il lume tracheale. Nel 1887 l' infermo muore, venti anni dopo la prima operazione, ed all'autopsia si nota la presenza di un angio-sarcoma della trachea con stenosi, accompagnata da bronchiettasia, bronco-blenorrea e da pulmonite catarrale.

È a ritenere che il tumore iniziale fosse un *fibro-sarcoma*, che, nelle sue recidive, si era trasformato in *angio sarcoma*.

Dal punto di vista istologico possiamo riscontrare i *fibro-sarcomi*, il *sarcoma fusicellulare*, quello a *cellule rotonde* e l'*angio-sarcoma*.

Tali tumori non tendono ad ulcerarsi, nè ad oltrepassare i limiti della trachea od invadere le glandole linfatiche.

La sede del tumore è, abbastanza costantemente, la parte superiore della trachea, la parete posteriore e laterale; così nel 1.° caso nostro il tumore avea sede a livello del 4.° anello tracheale e originavasi dalla parete posteriore e destra della trachea, mentre nel 2.° occupava la parete sinistra e posteriore, ma molto in alto.

Solamente in un caso di di Meyer-Hüni il tumore aveva origine dalla biforcazione ed in un altro di Betz verso la parte sinistra del setto di separazione della biforcazione mentre presentava un lobo che pendeva nel bronco.

Siffatti tumori si riscontrano nei due sessi egualmente e colpiscono frequentemente la giovane età, anzichè la vecchia; possono non dare segni della loro esistenza a seconda la sede,

ove si trovano,e il loro sviluppo, ma quando occludono quasi tutto il lume tracheale, si manifestano gli accessi di soffocazione, e allora l'intervento attivo s'impone.

Ci proponevamo di asportare il tumore, nel nostro 1.° caso, previa apertura della trachea, pur sapendo le difficoltà dell'esito; ma l'inferma si allontanò senza darci più sue nuove.

Nel 2° caso, l'operazione sarebbe stata più comoda, praticando la tracheotomia prima, e poscia l'asportazione del tumore o per le vie naturali (occupando esso la parte alta della trachea), o attraverso la fatta tracheotomia o meglio spaccando la cartilagine tiroide.

L'asportazione per le vie naturali è stata tentata 5 volte, ma soltanto in 3 casi si è parlata di guarigione, constatata, però, dopo troppo breve tempo.

In altri sei casi il tumore è stato asportato previa apertura della trachea, e solamente di tre di essi si conosce il risultato finale; due volte fu constatata la guarigione dopo tre mesi ed un anno; una volta dopo due anni si verificò la recidiva.

In due casi la semplice tracheotomia fu seguita da morte per collasso ed emorragia, come nel caso di M. Koch, nel quale il chirurgo nel praticare l'operazione d'urgenza capitò sul tumore, e solamente coll'aiuto della cannula lunga e flessibile di Koenig potette evitare la immediata fine funesta, riuscendo ad due oltrepassare l'ostacolo ed a tamponare la trachea. Ma dopo giorni, dietro un cambiamento di cannula, l'infermo morì per una abbondante emorragia.

Finalmente, in un caso di Betz avvenne la morte istantanea perchè il tumore poliposo, che dallo sperone pendeva nel bronco destro, era stato spinto in alto nella trachea.

Dal breve studio di tali casi possiamo ritrarre le seguenti conclusioni:

1) i tumori della trachea prendono un grosso volume prima di dar segno della loro esistenza, e solo col laringoscopio si può scorgere il loro primo inizio.

2) La dispnea ed il *cornage* tracheale già indicano che il tumore ha preso grosse proporzioni.

3) La tracheotomia deve praticarsi subito, senza aspettare l'urgenza dell'indicazione, e deve essere preferita la profonda, tenendo a disposizione lunghe cannule e quelle a tampone.

4) L'estirpazione per le vie naturali si può solamente tentare nei casi rari e fortunati, nei quali si sorprende l'inizio del tumore, e quando la dispnea è poco pronunziata.

BIBLIOGRAFIA

SCHROETTER., Wien. med. Jahr. 1868. 1. Vorlesung ueb. d. Krankh. d. Luftröhre, pag. 168—(vedi pure Zemann — Wien. med. Presse, 1888, n. 29)—Schrötter, Jahresb d. Klin. f. Laryngosk. Wien. 1870, pag. 85 1871. — Labus, Gazzetta degli Ospedali, 1880 n. 22. — MEYER-HUNI, Correspondenz-bl-f. Schweiz Aerzte, 1881.—Betz, Tagebl. d. Naturforscher-vers. Strassburg 1885. pag. 142 (III. Vers. suddeutsch. Laryngol. z. Heidelberg. 1896). — Johnston u. Cotterill, Edimburg med. Journ. June 1886 — Barnberger-Billroth., Anz. d. Ges. d. Aertze Wien, 1887 n. 30 (Centralb. f. Laryng. Parte IV. pag. 456). — Chiari, Maydl Aerztl. Ber. aus. d. Privatheilanst. v. D.r Eder 1889.—PIENIAZEK, Arch. f. Laring. P. IV pag. 226 — P. Koch, Verhandl. des X internat. med. Congres. Berlin 1890 P. IV. pag. 195 — Wright, Journ. of the Americ. med. assoc. 26 settem. 1891—JURASZ, Krankheit. der oberen Luftewege, 1892—Bergeat, Das Sarkom d. Kehlkopfes u. d. Luftröhre. Monatsschr f. Ohrenh. 1895, n. 8-12. Ebenda 1897. n. 5. — Chiari, Wien klin. Wochenschr. 1896. n. 52. — SCHECH, Krankheit. des Kehlkopfes u. d. Luftröhre 1897—Koschier, Contribution a l'étude des tumeurs de la trachée (Wien. med. Wochens n. 35, 1898).—HEYMANN, Handbuch der Laryngologie und Rhynologie. Art. di v. Bruns pag. 968 P. I, Wien 1898.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

TREITEL. — *Sulla natura e l'importanza dei cronici ascessi tonsillari* (*Ueber das Wesen und die Bedeutung chronischer Tonsillarabscesse*).

Nel modo stesso con cui l'esperienza nel campo otojatrico ha dimostrato, che le croniche suppurazioni, le quali in principio vennero prese ben poco in considerazione, spesso sono causa d'infezione del limitrofo cervello o delle vie sanguigne, così presumibilmente l'avvenire c'insegnerà che anche nei cronici ascessi delle tonsille evvi un pericolo per la infezione delle parti adiacenti e di tutto il corpo. È un fatto generalmente noto che le tonsille costituiscono la porta di entrata di svariate infezioni acute del corpo, e che un'angina, in generale, non rappresenta soltanto un'affezione locale. Moritz Schmidt dice: « tenendo presente la sede e la struttura delle tonsille palatine e faringee, non deve recare meraviglia che esse sieno così di frequente atri di microbi patogeni; le foveole delle tonsille palatine e le lacune delle tonsille faringee rappresentano veri termostati di codesti microbi ». Riesce, quindi, agevole comprendere che nella letteratura siano stati già pubblicati molti casi in cui il reumatismo articolare acuto, la pleurite, le affezioni del cieco, e soprattutto la piemia generale abbiano avuto punto di partenza dalle tonsille. Non è stato ancora dimostrato se in ogni tonsillite pervengano germi nel sangue; però, è bene accertato che i microbi piogeni, e specialmente gli stafilococchi e gli streptococchi, possono giungere nel sangue, senza provocare fenomeni generali. Ma, se vi è un *locus minoris resistentiæ*, i germi possono colonizzarsi ed attecchire, provocando una suppurazione. Lexer sperimentando, sui conigli, con culture di streptococchi molto virulente è riuscito a determinare, per le vie della faringe, una infezione: ed all'uopo bastava spennellare la gola con la cultura, od instillarvi qualche goccia. Gli animali morivano dopo 24 ore, e così nel sangue come nella mucosa faringea si rinveniva una grande quantità di streptococchi.

Nell'uomo si riscontrano sempre stafilococchi e streptococchi nelle lacune delle tonsille; però, in condizioni fisiologiche rimangono innocui, perchè la tonsilla sana non li assorbe. Non è stato ancora dimostrato con certezza se la tonsilla normale assorbisca qualche cosa, e non è facile accertarlo giacchè, per la frequenza con cui ammala quest'organo, non è agevole trovare una tonsilla del tutto fisiologica. Goodale sperimentò con

tonsille ipertrofiche nelle quali egli, alcune ore prima di estirparle, innestò (stropicciando) sostanze coloranti, e rilevò che esse vengono riassorbite negli spazi interfollicolari, ma non negli stessi follicoli. Hodenpyl nega qualsiasi riassorbimento dalla superficie normale delle tonsille. Secondo l' opinione sua e di molti altri, è necessaria una lesione epiteliale per rendere possibile ai germi la penetrazione nelle tonsille. Codeste lesioni epiteliali si verificano certamente in ogni atto della deglutizione; inoltre, la migrazione fisiologica dei leucociti nelle tonsille, additata per la prima volta da Stoehr, crea un certo numero di lacune. Ciò malgrado, per solito, l' infezione avviene soltanto dopo speciali cause: infreddature, epidemie. Laonde, deve sopraggiungere un fattore tuttora ignoto per rendere virulenti i germi.

Inoltre, questi possono anche da altri punti dell' anello faringeo, e soprattutto per la via del naso, pervenire nella tonsilla, battendo la via linfatica, come si ha spesso occasione di osservare dopo operazioni nasali. A B. Fraenkel è riuscito, in questi casi, di accertare germi nel tessuto tonsillare (così nei follicoli, come nei tessuti interfollicolari). Anche Lexer menziona, nei suoi esperimenti, un'accidentale infezione per la via nasale.

È molto improbabile che i germi possano attraversare le tonsille ed inficiare il sangue, senza provocare una irritazione *in situ*. A. Fraenkel, in un caso di infezione streptococcica, ha potuto constatare, nel tessuto della tonsilla e nel tessuto peritracheale, numerosi accumuli di streptococchi, senza che anatomicamente vi fossero alterazioni spiccate. Per solito, si verifica una infiammazione della tonsilla che, come B. Fraenkel fa rilevare, dinota una infiammazione effettiva del parenchima, e si rivela con una forte moltiplicazione e migrazione di leucociti. In generale, codesta infiammazione si dissipa in pochi giorni; ma, può anche accadere fusione purulenta nel tessuto, e quindi possono prodursi ascessi tonsillari. Questi risiedono nella profondità, e non debbono essere scambiati con gli ascessi superficiali, prodotti da aderenze dei margini delle lacune. Laonde, secondo Treitel, non sarebbe assolutamente esatto ciò che dice Moritz Schmidt nel suo Trattato, cioè che: « si producono anche ascessi nella stessa tonsilla; ma essi debbono la loro genesi ad una ritenzione del contenuto della fovea, il quale cade in suppurazione ». Gli ascessi acuti della tonsilla possono confluire e vuotarsi, alla superficie, o possono essere riassorbiti. Inoltre, ponno anche persistere, ispessirsi ed incapsularsi. Come emerge dai casi finora osservati, essi non aumentano il volume della tonsilla, perchè inspessendosi, scemano di volume, e così possono rimanere completamente occulti all' occhio del medico. Però, è certo che, così nel loro stadio acuto, come in quello cronico, i germi possono ulteriormente diffondersi nelle parti adiacenti, ovvero direttamente nelle vie sanguigne.

Negli ascessi acuti della tonsilla, vi è pure la possibilità che, se v' è piemia, essi possano sorgere contemporaneamente ad altri ascessi nel

rene, nel pulmone, ecc., onde, in certo qual modo, non costituiscono la località primitiva della produzione degli ascessi, ma rappresentano la contemporanea conseguenza di una piemia originatasi in un altro punto. Per decidere codesta quistione, bisogna accertare se precedentemente vi sia stata qualche affezione nella gola. Un caso di questa specie fu osservato nella Policlinica di Berlino dal Lexer. Una bambina di tre anni fu condotta nell'ospedale con una suppurazione articolare. Dall'anamnesi non si potette rilevare nulla di preciso relativamente al primo stadio della malattia. Fu aperta l'articolazione: il pus conteneva lo streptococco piogene aureo. Due giorni dopo aperta l'articolazione, la bambina morì. Nei reni si rinvennero piccoli ascessi, i quali contenevano lo stesso cocco. Poichè non vi era altro dato per spiegare l'origine della suppurazione articolare, la quale era certamente di origine metastatica, furono esaminate accuratamente le tonsille, e vi si rinvennero piccoli focolai purulenti, che contenevano una enorme quantità di cocchi. Al collo esistevano numerose tumefazioni glandolari. È chiaro che, in questo caso, il focolaio primario della piemia avea sede nelle tonsille.

Può anche avvenire che vi sieno cronici ascessi della tonsilla quando sopravviene un' angina, onde il cronico processo si riacutizza e più tardi diffondersi. In fatti, non si può ammettere che un' angina acuta non riverberi la sua influenza sopra questi ascessi; e, d' altro lato, è stato constatato che individui affetti da tali ascessi vengono colpiti dalle angine, più frequentemente di altre persone. Dalle cennate condizioni anatomiche dipende se la diffusione degli ascessi si verifica per le vie linfatiche oppure per la via sanguigna. Nel primo caso, può verificarsi un flemmone che si diffonde nella cavità toracica e può inficiare la pleura; nel secondo caso, se i germi penetrano in una vena, possono verificarsi piemia e sepsi.

Poichè nei casi finora osservati, i piccoli ascessi cronici incapsulati delle tonsille non le ingrossavano, non è possibile la loro diagnosi *in vivo*; ed essa non ha più alcun valore quando i germi sono pervenuti nel sangue. Laonde, il medico, rispetto agli ascessi della tonsilla, non può fare altro che impedire, per quanto è possibile, la loro produzione: quando egli constata un ascesso tonsillare acuto, ha anzitutto il còmpito di inciderlo largamente, e non già limitarsi semplicemente a scalfirlo, come spesso si costuma. Gli ascessi tonsillari acuti propriamente detti non sono così frequenti come quelli peritonsillari. In due casi, osservati ultimamente dall' A., egli trovò semplicemente streptococchi. Qualora vi sia dubbio sul punto dove risiede l'ascesso, si può anzitutto servirsi della siringa di Pravaz, per incidere dopo, con più sicurezza l'ascesso.

Si ha pure il dovere di impedire, per quanto è possibile, l'accumulo di batteri sopra e nelle tonsille, come anche nella bocca. Se le lacune sono molto strette, e specialmente nei casi in cui si ha spesso la formazione dei cosiddetti zaffi tonsillari, è opportuno spaccare l'ascesso, giacchè così si può

più facilmente procacciare uno sbocco al pus. I consecutivi gargarismi con liquidi antisettici potrebbero un po' coadiuvare l' espulsione delle masse accumulate nelle lacune. Nel caso di angine recidivanti, si potrebbe tentare la causticazione galvano-caustica, raccomandata da B. Fraenkel.

Poichè una infezione delle tonsilie può accadere anche per la via del naso, bisogna badare altresì alle rinopatie, specie alle suppurazioni nasali, per tutelare le tonsille dall'infezione. E va da sè che non bisogna dimenticare il governo igienico e la conservazione dei denti.

(*Deutsche Medicinische Wochenschrift*).

V. MEYER

ABATE dott. C. — *Epilessie riflesse del naso.*

Sono riferite, nei tratti più salienti, sei osservazioni cliniche personali, nelle quali, assieme a forme epilettiformi od asmatiche, esistevano varie alterazioni endo-nasali (per lo più polipi mixomatosi, talvolta ipertrofia dei turbinati inferiori, tal'altra una rinite traumatica), oltre a varie zone iperestesiche, la cui irritazione ha riprodotto, talvolta, seduta stante, il quadro morboso generale.

Procedendo il dott. Abate nella cura delle dette alterazioni nasali, ha visto scomparire la nevrosi, ma solo temporaneamente. Ecco quello che cerca vieppiù di far rilevare.

Da ciò l'A. ammonisce di non essere facili, in questi riscontri, a *cantare vittoria*, e di ricordarsi di essere anzitutto medico generico o patologo, e poi specialista, cioè di dare maggiore importanza, di quello che finora non si è fatto, al terreno nevropatico dei soggetti infermi (nei suoi casi erano epilettici, isterici, o nevrastenici), e di ritenere che la cura locale del naso non fa, in ultima analisi, che spostare il punto eccitomotore.

Tutte queste cose noi dividiamo con l'egregio Autore, tanto più che le abbiamo manifestate, almeno nel concetto fondamentale, in varie occasioni di recensioni consimili.

TRIFILETTI

THOMSON dott. ST. CLAIR. — *Idrorrea nasale (Nasal hydrorrhea).*

L'Autore, nel riferire l'opinione di Bosworth, che considera l'idrorrea nasale come un' affezione a sè, il cui sintoma principale è una secrezione acquosa del naso (ora senza note di sorta, ora con sintomi irritativi della mucosa nasale), mette innanzi il dubbio che nella statistica dei 18 casi, riportata dal detto scrittore, solo *tre* possano essere considerati come veramente tali.

Da dieci anni, da che Bosworth ha richiamata l'attenzione degli specialisti su questa particolare forma morbosa, diversi autori ne hanno ri-

portato casi simili: però giustamente osserva il Thomson che, sia nei casi in cui lo scolo, provveniente da cavità vicine, attraversa semplicemente il naso, sia in quelli in cui esso è dovuto ad irritazione diretta o riflessa delle cavità nasali (per polipi, ipertrofia dei cornetti), più che *entità morbosa a sè*, si debba ritenere come un sintoma di varie affezioni. Ecco perchè que' casi, nei quali la profusa secrezione acquosa del naso dipende da cambiamenti patologici intranasali, o parte dai seni accessori, ovvero si origina per affezioni nervose, come le nevriti del trigemino, Thomson non vorrebbe considerarli come una vera forma d'*idrorrea nasale* e vorrebbe, invece, affibbiare una simile denominazione solamente a quelle secrezioni acquose dipendenti dalla mucosa del naso, senza cambiamenti patologici visibili ed evidente causa d'irritazione della parte.

Quanto alla *cura*, l'autore si dichiara contrario all'eccessivo uso del galvano-cauterio, credendo più giovevole un trattamento generale ed una cura igienica, dietetica e climatica.

DAMIENO

BRINDEL dott. A. — *Ricerche istologiche sui polipi della laringe* (*Recherche histologyques sur les polypes du larynx*).

Facciamo la recensione della importante statistica del dott. Brindel, le cui idee collimano perfettamente con quanto avemmo occasione di scrivere in più di un lavoro, e, cioè, dello interesse clinico e scientifico che si ha nello esaminare istologicamente tutti i tumori asportati dalla laringe. L'A., riconosciuto che, se si eccettua Massei, il quale ha esaminato 500 tumori laringei, di cui 378 benigni, pochi autori hanno creduto necessaria la conferma microscopica delle loro diagnosi; e non potendo accettare per una classifica scientifica dei neoplasmi di questa regione i soli caratteri clinici, ha esaminato tutti i tumori operati in questi ultimi due anni, tanto alla clinica, che alle consultazioni private del prof. Moure.

Sono stati studiati 33 polipi, così ripartiti:

Mixomi 11; papillomi 9; angiomixomi 5; angio-fibro-mixomi 2; fibromixomi 2; fibromi 2; adenoma 1; condro-fibroma 1: totale 33.

L'A. si occupa esclusivamente dei tumori benigni. Fa una breve e completa rivista bibliografica di tutte le osservazioni dirette, controllate dal reperto microscopico, e viene ad un confronto fra la classifica del prof. Massei e la sua. Ne risulta una certa differenza, poichè, mentre in quella del Massei tiene il primo posto il fibroma, pel Brindel, invece, è più frequente il mixoma. Così per alcuni altri tumori.

Pure, una tale differenza è tutta apparente. Difatti, se consideriamo la maggiore suddivisione che il Brindel fa della specie di tumori, e se si riflette che, al contrario, noi diamo al tumore il nome del solo tessuto di maggiore dignità fisiologica ed in maggior copia in esso contenuto; e se

si pon mente, come l'A. stesso osserva, che nei mixomi egli non comprende i soli mixomi puri, si vedrà di leggieri che le due classifiche si rassomigliano completamente. Così, p. es., noi avremmo compreso tra i fibromi i suoi angio-fibro mixomi; come, per non dilungarci di troppo, il reperto XV è proprio quello delle varietà molli del fibroma, che mostrano alla superficie del taglio un aspetto grigio chiaro, leggermente trasparente, sogliono in paragone dei fibromi duri aver una maggior copia di cellule le quali sono sottili fusiformi, ma possono essere ancora rotonde o stellate ; e trovarsi pure buon numero di cellule linfoidi.

Avremmo compreso fra i fibromi le osservazioni degli angio-fibromixomi, anche perchè, relativamente ai vasi, questi, nei fibromi, possono essere affatto scarsi o tanto numerosi da dare ai tumori un aspetto telangettasico. Tolte queste lievi divergenze in quanto alla denominazione di un neoplasma (ciò che fu fatto rilevare solo per il confronto fra le due statistiche) il dott. Brindel ci offre diverse osservazioni di vero interesse scientifico come, ad es, quelle dell'adenoma e del condrofibroma. Dopo di avere di tutte descritto, con ammirabile precisione, i vari reperti, che per ragione di spazio non possiamo riassumere, l'A., riaffermato che, il voler trarre dall'aspetto laringoscopico le conclusioni sulla costituzione istologica di un tumore benigno, è volersi esporre a grossolani errori, riporta i casi di tumori benigni rari e non capitati alla sua osservazione. Fra questi comprende le nostre descrizioni dei tumori amiloidi della laringe, e noi gli siamo tenuti per il lusinghiero giudizio espresso al proposito.

L'A. termina il suo lavoro con le seguenti conclusioni, a cui, tranne che alla prima, noi completamente ci associamo : 1.° che i tumori a tipo mixomatoso sono assai più frequenti di quel che s'è ritenuto sinora; 2.° che i papillomi possono avere l'aspetto di semplici polipi o di tumori framboesiaci; 3.° che un gran numero di neoplasmi benigni sono costituiti da elementi differenti associati in proporzioni variabili; 4.° che solo il microscopio può dare i caratteri esatti sulla malignità o benignità di alcuni neoplasmi laringei, che la clinica non permette di definire isolatamente; 5° in conseguenza, che è utile al malato ed alla scienza di sottoporre all'esame istologico tutti i neoplasmi supposti benigni o maligni, asportati dall'organo vocale.

G. MARTUSCELLI

KAYSER dott. R. — *Sulla tosse nervosa disfonica* (*Ueber dysphonischen nervösen Husten*).

Per tosse disfonica, dice l' A., si intende quella che nel suo fenomeno acustico, come timbro, differisce in grado considerevole da quella ordinaria. Ogni tosse rappresenta un atto di espirazione dell'aria che sfugge attraverso la rima glottidea chiusa in maniera brusca, e produce un suono corto e sordo,

simile ad un O oppure ad un U. Il suo carattere dipende — continua il Kayser—dalle forme del tubo di aggiunta. In fatti, nella tosse agiscono non solo i muscoli espiratori e laringei, ma accadono pure determinati movimenti associati: la bocca viene aperta ed arrotondita, la lingua è proiettata alquanto in avanti ed abbassata, il velo pendolo è sollevato: in breve, il tratto iniziale del tubo respiratorio si conforma, quanto più è possibile, a mo' di un tubo di emissione.

Un'altra variante della tosse tipica consiste in ciò: che all' espirazione riflessa a scatto, segue una espirazione volontaria, intensa. Laonde, a mo' di un dicrotismo, al suono esplosivo segue un suono secondario: o—he. Inoltre, sul timbro della tosse ha una importanza il fatto, se nell'espirazione, insieme all'aria, venga smosso o cacciato fuori un liquido. In tal caso la tosse non ha più un carattere secco, ma umido.

Ora, in tutto ciò non si tratta che di variazioni della tosse a timbro normale o quasi eufonica, come dice Kayser. Disfonica, invece, diviene la tosse sol quando l'organo che produce il suono, la laringe, ha subito peculiari alterazioni le quali determinano la disfonia. Codeste alterazioni ponno essere anzitutto di natura organica; ed in questa categoria rientrano tutte le alterazioni delle corde vocali o delle loro parti adiacenti, come tumefazione, formazione di tumori, ulcerazioni e simili. Nello stesso modo con cui la voce diviene rauca, anche la tosse diviene disfonica. Se, per es., per vasta distruzione delle corde vocali si produce un' afonia completa, anche la tosse diviene afona, il che è stato caratterizzato ottimamente da Ziemssen con le seguenti parole: si vede ma non si sente, l'infermo tossire.

Inoltre, la disfonia nella tosse può essere prodotta da anomalie funzionali. E qui possono coagire l'insufficiente chiusura della glottide e svariate alterazioni di movimento delle corde vocali, ovvero il fattore etiologico è costituito da quelle abnormi condizioni nelle quali la formazione del suono, durante la tosse, non dipende dalle corde vocali vere, sibbene da altre parti, per. es. le false corde. Naturalmente possono intrecciarsi svariati fattori, per es. alterazioni organiche ed anomalie funzionali.

Le disfonie puramente funzionali, continua l'A., accompagnano spesso la tosse nervosa. Noi qualifichiamo come nervosa, dice egli, una tosse la quale non è provocata da uno stimolo abnorme nell'apparecchio respiratorio, ma da uno stato abnorme nell' arco riflesso nervoso. Codesto stato abnorme può impegnare le estremità nervose sensibili dell'apparecchio respiratorio. La sua eccitabilità può, in qualche punto, essere accresciuta fino a che anche uno stimolo ordinario provoca colpi di tosse. Oppure l' eccitabilità del centro, che presiede alla tosse, è talmente accresciuta, che questa viene prodotta dagli stimoli di qualsiasi territorio nervoso. Com' è agevole comprendere, nella pratica di rado si riscontrano forme genuine, ma per lo più, svariate combinazioni. Così, p. e., non di rado si ri-

scontra una tosse nervosa, prodotta da tumefazione dei cornetti nasali ovvero da insignificanti alterazioni in qualche punto della faringe, alterazioni che, ordinariamente, non sono al caso di provocare la tosse.

Fra le diverse forme della tosse nervosa, che l'A. prende in minuta disamina, ve n'è una la quale si distingue per il carattere disfonico che presenta, onde egli la denomina *tosse nervosa disfonica*. Parecchi autori, e soprattutto Jurasz, hanno qualificato questa forma come tosse laringea nervosa. In questa, la disfonia per lo più è così fortemente accentuata, che per caratterizzarla si è ricorso agli aggettivi « latrante », « belante », ecc.

Come si producono codesti peculiari timbri della tosse, osserva l' A., finora è stato ben poco acclarato. Fu ammesso che le false corde vocali si tocchino, ovvero che le vere vibrino, senza però avvalorare le asserzioni con dati di fatto. Kayser ha avuto occasione di osservare un caso di tosse nervosa disfonica con accessi i quali si accompagnavano ad un suono simile a quello di *fuochi di segnale*. In questo caso, egli riuscì non solo a constatare il meccanismo della disfonia con l'osservazione diretta, ma da questa osservazione potette desumere la cura da istituire.

L'inferma, una ragazza di 11 anni, da qualche tempo era stata colpita da tosse, la quale, tre settimane, prima che l'A. l'avesse osservata, aveva assunto un carattere peculiare, giacchè si accompagnava ad un suono di trombetta straordinariamente acuto, onde non le fu più possibile frequentare la scuola. Durante la notte la tosse cessava.

All'esame fu constatato che i bronchi ed il polmone erano sani. Nel naso v' era una mediocre convessità del setto a destra. Nel cavo naso-faringeo si notava la tonsilla faringea piuttosto piccola. La faringe era libera, la laringe intatta, la tonsilla linguale bene sviluppata, e sul lato destro un follicolo giallastro. La stimolazione meccanica del naso e della faringe non produceva alcun effetto.

Per contro, l'eccitabilità della tonsilla linguale era accresciuta, e, toccandola nel punto dove il follicolo era ostruito, veniva provocato un colpo di tosse disfonica. Allo scopo di osservare ciò che accadeva nella laringe durante la tosse, l'A. praticò l'esame laringoscopico, mentre toccava la tonsilla linguale; ed allora osservò che, nel tossire, l'epiglottide si poneva quasi al disopra dell'*adito laringeo*, e, mentre veniva emesso il suono di trombetta, entrava evidentemente in vibrazione. Anche facendo tossire spontaneamente la bambina, l'epiglottide eseguiva lo stesso movimento e veniva emesso il suono di trombetta, onde egli attribuì a questo abbassamento dell' epiglottide. A titolo di riprova, tentò di impedire codesto movimento introducendo la spatola di Reichert nella fovea glosso-epiglottica; così sollevava l'epiglottide, e la fissava in modo da non potersi accollare sull'*adito laringeo*. Invitò allora la bambina a tossire in questa posizione, e rilevò che il suono di trombetta scompariva, in quel che la tosse era nor-

male, e quasi eufonica per così dire. Dopo aver ripetuto ciò parecchie volte, anche senza fissare l'epiglottide, non si produceva più alcun suono di trombetta. Cocainizzò allora la tonsilla linguale, e cauterizzò il follicolo eccitabile. A partire da quel momento, si dissipò la tosse, sicchè la bambina tornò guarita a casa.

Che in questo caso trattasi di una tosse nervosa, l'A. lo ritiene come indubitato. Per codesta diagnosi, depongono l'età dell' inferma, il reperto pulmonale negativo, la mancanza degli accessi durante la notte, la mancanza di qualsiasi espettorazione, la esistenza di un punto di stimolazione, il risultamento della terapia. Un fatto nuovo e degno di nota è che la disfonia era prodotta da abnorme movimento associato dell' epiglottide. Le pruove sono: 1) il reperto nella ispezione diretta durante la tosse; 2) la rimozione della disfonia mediante fissazione meccanica dell' epiglotide; 3) l'esperimento sulla laringe escissa. — Codesto esperimento è stato praticato dall'A. come segue. Sopra la laringe escissa, premendo fortemente l'epiglottide sull'adito laringeo, mediante un pallone insufflava fortemente l'aria attraverso la trachea, e con ciò veniva prodotto un suono di trombetta analogo a quello che si percepiva nell' inferma. Fu constatato allora che la corrente di aria, che penetrava attraverso la sottile fenditura fra il margine dell'epiglottide ed il ligamento ari-epiglottico, faceva entrare in vibrazione i margini liberi della fenditura al pari di corde vocali. L' abbassamento dell'epiglottide nel tossire deve essere riguardato — dice l'A. — come un movimento associato. L'accresciuta eccitabilità del centro riflesso nella tosse nervosa si rivela non soltanto col fatto che esso viene eccitato da lievissimi stimoli periferici, ma anche perchè l'innervazione si irradia a limitrofi territorii motori. Col frequente ripetersi di questo movimento associato, esso può intimamente collegarsi con la rimanente attività muscolare, che si svolge nella tosse, da verificarsi sempre anche nella tosse volontaria, come accadde nel caso sopra descritto. Codesto fatto—dice Kayser — fa balenare alla mente l'idea della corea; ed effettivamente la tosse nervosa disfonica è stata descritta da Schroetter come corea laringea. Sono noti anche casi nei quali la tosse nervosa disfonica era associata a movimenti coreici delle estremità, ecc.

Noi riferiamo testualmente quello che dice l'Autore, ma non sappiamo trattenerci dal far notare che la corea laringea, come fu descritta da Schroetter, e come fu illustrata dal Massei (v. *Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*, aprile 1879) non risponde tipicamente al quadro della tosse nervosa disfonica, e che nella corea laringea la tosse assume un carattere musicale, e manca ogni alterazione delle corde vocali, nè pare che possa essere chiamata in giuoco la epiglottide, perchè molte volte la suggestione o gli anestetici locali guariscono *ipso facto* la corea laringea.

Circa la cura della tosse nervosa, e specialmente di quella disfonico-ner-

vosa, tutti gli autori concordano nel ritenere che essa debba essere soprattutto psichica. Bene inteso che questo trattamento psichico non deve essere praticato a casaccio, come p. es. incutendo spavento, facendo minacce, ecc.; sibbene deve procedere con un piano razionale, determinato in base alle condizioni esistenti nel caso singolo. In generale, si tenga presente il seguente canone fondamentale : bisogna determinare un eccitamento del sistema nervoso centrale, dal quale vi è razionalmente da impromettersi che si elimini il disturbo riflesso dell'apparecchio nervoso. Un esempio si ha nel caso testè riferito, nel quale l'A. seppe adeguatamente porre in opera lo stimolo (rispondente alle condizioni dell'infermo), al quale deve il risultamento che egli desiderava conseguire.

In ultimo, fa rilevare che un' analoga terapia è stata da lui seguita anche in altri disturbi funzionali della laringe. Diciotto mesi or sono, egli guarì un mutismo isterico, inducendo l'infermo ad eseguire l'auto laringoscopia, il che equivaleva a porre i movimenti delle corde vocali sotto il controllo dell'occhio. Codesto processo fu più tardi, in analoghi casi, imitato con successo dal Gutzmann. Inoltre, Kayser è riuscito a guarire casi di voce eunucoide, nei quali aveva luogo un'abnorme elevazione della laringe, abituando l' infermo a tenerla fissata con la mano, mentre parlava.

(*Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1899).

KUTTNER e KATZENSTEIN. — *Contributi sperimentali alla fisiologia della laringe (Experimentelle Beiträge zur Physiologie des Kehlkopfes).*

Eliminando, nei cani, ad uno o ad amendue i lati, la funzione del cricoaritenoideo postico, si hanno, dicono gli AA., immagini laringee, le quali sembra che stiano in contraddizione con i concetti che oggidì dominano sopra la innervazione della laringe durante la respirazione calma, concetti che si fondano sopra i lavori di Krause e di Semon. Questi due laringologi, basandosi sopra l'osservazione che, durante la respirazione calma nell'uomo, la glottide — la quale non mostra affatto, oppure soltanto lievi oscillazioni ritmiche — ha un'ampiezza maggiore di quella *post mortem*, hanno, l'uno indipendentemente dall' altro, emessa la teoria che, durante la respirazione calma, gli abduttori, in conseguenza di una innervazione permanente, starebbero in attività continua, in quel che gli adduttori persisterebbero in una inattività completa. Più tardi, il Semon cercò di convalidare, con ulteriori ricerche, questa teoria, e riferì di avere praticato osservazioni sopra 50 individui, addestrati alle manovre dell'esame laringeo. Di questi, 8 (cioè il 16 %) mostravano oscillazioni delle labbra della glottide, le quali oltrepassavano i 2 mm., cioè che in questi il restringimento della glottide perveniva, ogni volta, per lo meno a 4 mm. In 42 individui, le labbra

delle corde vocali erano immobili, ovvero le oscillazioni ascendevano a meno di 2 mm. Semon fece rilevare espressamente, che il principio, da lui stabilito, avrebbe valore unicamente per la respirazione calma *nell' uomo*, laddove nel cane le cose si comporterebbero diversamente, perchè in quest'animale anche nella respirazione calma non si avrebbe mai una immobilità delle labbra delle corde vocali.

Kuttner e Katzenstein fan rilevare che, anche ammettendo queste differenze effettive fra l'uomo ed il cane, il principio della innervazione è eguale per entrambi. Lo stesso Semon accenna che nel 16 % dei suoi casi, le vibrazioni delle labbra della glottide ascendevano a più di 2 mm., e non indica punto il numero dei casi nei quali erano minori. Pertanto, non bisogna dimenticare che qualsiasi vibrazione, anche se lieve, *scalza* il principio della innervazione uniforme e permanente degli abduttori e della inattività completa degli adduttori. Sorge quindi spontanea la domanda: non sarebbe possibile un'altra interpretazione delle immagini laringee osservate durante la respirazione? E si noti che lo stesso Semon fece rilevare che, oltre alla già discussa ipotesi, ne sarebbe possibile un'altra, cioè che nella respirazione vengono innervati così gli abduttori come gli adduttori, e che la immagine laringoscopica durante l'esame sarebbe il risultato dell' azione dei due gruppi muscolari, reciprocamente influenzantisi.

Ora, codesto concetto, che — giusta l'opinione di Kuttner e Katzenstein — risponde al vero e si applica così all'uomo come al cane, Semon ha tentato di demolire con sei argomenti. Gli autori invalidano codesti argomenti. — Per la più chiara intelligenza della cosa, esporremo qui le ragioni dell' uno, e le obbiezioni accampate dagli altri.

1) Semon, oppostamente a Rosenbach, crede che la massa complessiva degli adduttori sia più robusta degli abduttori. — A ciò Kuttner e Katzenstein rispondono che quest'argomento non avvalora menomamente la teoria del Semon essendo ben risaputo che, anche un muscolo più debole, può esplicare un'attività motrice superiore a quella di un muscolo più robusto, quando la sua innervazione aumenta.

2) Semon, contrariamente a Rosenbach, contesta che gli abduttori e gli adduttori sieno fra loro antagonisti fino al punto come lo sono, per es., i flessori e gli estensori delle estremità. — Kuttner e Katzenstein notano che quest'argomento non ha alcuna importanza essenziale per la questione in parola. Ad ogni modo, trattisi o non di un antagonismo preciso nel senso anatomico, tutto ciò, secondo gli AA., non ha alcuna importanza.

3) Semon afferma, che se fosse esatta la ipotesi della innervazione dei due gruppi muscolari nella paralisi degli adduttori, dovrebbe verificarsi una dilatazione della glottide. Ma poichè questa dilatazione non accade nell'afonia funzionale — in cui trattasi di una paralisi degli adduttori — egli ne desume che gli adduttori non verrebbero innervati durante la respi-

razione calma. — Gli AA. obbiettano che essi non accettano questa deduzione, perchè la lesione, che gli adduttori subiscono nell'afonia funzionale, pregiudica unicamente l'*emissione volontaria dei suoni*, laddove — come Semon stesso dichiara — la possibilità della chiusura completa della glottide per stimoli riflessi non è punto inceppata. Sicchè, soggiungono essi, nell'afonia funzionale non si verifica punto la dilatazione della glottide, giacchè per i movimenti respiratorii delle corde vocali — i quali rappresentano unicamente processi riflessi — non è avvenuto alcun disturbo degli adduttori.

4 e 5) Semon opina che la maggiore vulnerabilità degli abduttori e le condizioni centrali della innervazione dei due gruppi muscolari, depongano contro il predominio fisiologico dei costrittori sui dilatatori. — Alla loro volta, gli AA. asseriscono che il predominio fisiologico di questo o di quel gruppo muscolare, al pari del predominio anatomico, ha ben poca importanza per risolvere codesta questione, giacchè sono le condizioni di innervazione, esistenti in un dato momento, le quali eccitano ad una funzione più energica, ora gli abduttori ed ora gli adduttori.

6) Come ultimo e più importante motivo contro l'ipotesi della innervazione dei due gruppi muscolari, Semon adduce che: « stimolando l'estremità periferica del ricorrente reciso, la rispettiva corda vocale viene portata in direzione della linea mediana, cioè che gli adduttori prendono il sopravvento sopra gli abduttori, benchè amendue i gruppi muscolari fossero stimolati con eguale intensità ». Sul riguardo, Kutttner e Katzenstein notano che, quanto afferma il Semon, in realtà non è vero. Nella respirazione, i filamenti nervosi che vanno agli adduttori ed agli abduttori, *non vengono eccitati con intensità eguale, ma alcuni più fortemente ed altri più debolmente,* ed appunto per questo reciproco antagonismo delle forze, per questo alternante aumento e questa diminuzione dello stimolo, ne risultano le diverse immagini che la laringe presenta durante le diverse modalità della respirazione.

Da queste obbiezioni traggono il corollario che contro la teoria di Krause e Semon — cioè che nell'uomo durante la respirazione calma gli adduttori stanno sotto una innervazione permanente ed uniforme e gli adduttori in una inattività completa—deporrebbero due ragioni di prim'ordine, e cioè che: *a*) il modo complesso di comportarsi della glottide su cui si incardina la dimostrazione di Semon, anche nelle condizioni più favorevoli non è tale da potere avvalorare la teoria di quest'autore. — *b*) I motivi che il Semon adduce contro la seconda interpetrazione, sopra mentovata, sarebbero destituiti di qualsiasi base.

Per ciò che concerne le differenze che Semon avrebbe constatate fra l'uomo ed il cane, Kuttner e Katzenstein fanno rilevare che esse in realtà potrebbero non esistere, perchè quest'animale ben poco si presta alle ricerche nel modo come sono state eseguite. Le condizioni che

presenta l'uomo abituato a tutte le manovre dell'esame laringoscopico, ed il cane che, durante l'esperimento, è in uno stato di continua sovreccitazione, sono ben differenti. Anche nel cane, durante una narcosi non molto profonda, si constata che la varia modalità degli atti respiratorii esplica una influenza sempre minore sulle labbra della glottide, e talvolta codesta influenza cessa del tutto. Sovente essi dovettero interrompere gli esperimenti, perchè in una specie di eupnea le labbra delle corde vocali erano completamente, o quasi, immobili. Perciò essi credono che, durante la respirazione, le condizioni della innervazione sieno identiche a quelle nell'uomo, e che l'equilibrio nel cane sia più labile che nell'uomo.

In base a questi fatti, Kuttner e Katzenstein si ritengono autorizzati ad applicare all'uomo i risultati di alcuni esperimenti sugli animali, specialmente là dove i processi patologici confermano queste deduzioni. In questi esperimenti sui cani, essi asportarono il crico-aritenoideo postico, sia lateralmente dopo recisione del costrittore inferiore della faringe, sia da sotto, dopo recisione trasversale della trachea ed arrovesciamento della faringe. Amendue questi metodi si addimostrarono di pari entità per risolvere la questione in parola. In ogni esperimento le cennate distanze e la intensità dei movimenti furono assicurate con tubo graduato di Musehold. Con la corrente faradica e con l'autopsia fu constatato che non si era verificata alcuna lesione accessoria, e che la escissione era stata fatta con precisione inappuntabile.

Da questi esperimenti risultò che, dopo la eliminazione del crico-aritenoideo postico, le labbra glottiche venivano addotte verso la linea mediana, e che i movimenti respiratorii ritmici rimanevano conservati; però era alterata la forma del movimento, e soprattutto il limite della possibilità dell'abduzione. La posizione che prendono le labbra glottiche, prive del crico-aritenoideo postico, è differente. Ordinariamente le labbra glottiche, nella respirazione calma, stanno in posizione obliqua, quasi rasente alla linea mediana, circa 1-2 mm. lungi da essa, cioè nell' àmbito della cosiddetta posizione cadaverica. Ora, il maximum della posizione di abduzione, raggiunto nelle profonde inspirazioni, suole oltrepassare questa. La massima distanza, constatata dagli autori, ascese a 3 mm.; ma per lo più le labbra glottiche non oltrepassavano 2-2 $^1/_2$ mm. dalla linea mediana. Codesti reperti—proseguono Kuttner e Katzenstein—sono inconciliabili con la dottrina della innervazione uniforme ed esclusiva degli abduttori. Se ciò fosse vero, nel momento in cui viene eliminato il crico-aritenoideo postico (e quindi l'unico muscolo innervato durante la respirazione calma) dovrebbe verificarsi una specie di posizione di riposo, come, dopo la scomparsa di ogni innervazione muscolare, succede per le condizioni di clasticità dominanti. Le labbra glottiche nel momento in cui è eliminata l'attività dell'abduttore, si approssimano alla linea mediana, ma per lo più al di là della posizione di riposo indicata come posizione cadaverica, e questo soprappiù

può essere determinato soltanto dagli adduttori, il che dimostra che codesti muscoli non sono allora inattivi. In questa posizione, continua il noto giuoco ritmico dei movimenti respiratorii; ed anche ciò può aver luogo soltanto per la partecipazione degli adduttori. Queste osservazioni sul cane dimostrano che non soltanto gli abduttori, ma anche gli adduttori vengono innervati durante la respirazione calma, e codesta innervazione non sarebbe uniforme, ma, tutt'al più, compensativa. Durante la inspirazione, subiscono un aumento di innervazione i dilatatori, e nell'espirazione i costrittori.

A questo risultato sperimentale, aggiungono gli AA., corrisponde l'osservazione clinica in quei casi, che anche oggi si è abituati a riguardare come semplici paralisi del crico-aritenoideo postico (senza contrattura). Anche in questi, le labbra glottiche si approssimano alla linea mediana, ed i movimenti di abduzione vengono considerevolmente diminuiti. Però quelli respiratorii ritmici, anche nella respirazione calma, si compiono dal lato infermo, con la stessa ritmicità—benchè non nella stessa estensione— come dal lato sano. Ora, in tutti questi casi è certamente difficile decidere se il crico-aritenoideo postico sia soltanto paretico, oppure completamente paralizzato. Però, il fatto che le labbra glottiche eseguono i movimenti respiratorii nello stesso momento del lato sano, dinota evidentemente che anche in questi casi gli adduttori non sono inattivi.

Alla esposizione di queste ricerche con la rispettiva epicrisi, gli AA. fanno seguire una breve disamina della ben nota controversia dibattuta, sopra questo stesso argomento, fra Grossmann e Semon, e tentano dimostrare che Grossmann si apponeva al vero nella enunciazione dei principi coi quali volle scalzare la teoria del Semon; però, le pruove sperimentali addotte a sostegno di questi principii erano labili od erronee, onde al Semon non sarebbe riuscito molto malagevole, trincerandosi dietro la solita difesa, di scompaginare l'attacco.

In ultimo Kuttner e Katzenstein prendono a disamina la quistione se il compito di aprire e mantenere beante la glottide possa incombere soltanto al crico-aritenoideo postico. Fanno rilevare che, nel corso dei tempi, codesto ufficio fu, con alterna vece, devoluto ora a questo, ora a quel muscolo. Rosenbach opinò che il crico-tiroideo possa dilatare la glottide; laddove Jurasz è di credere che anche il crico-aritenoideo laterale sia in grado di concorrere talvolta all'abduzione delle corde vocali. Ed un analogo ufficio fu attribuito da diversi autori — Cruveilhier, H. Meyer, Ewald—all'aritenoideo trasverso. Ad ogni modo, trattasi di ipotesi, più o meno fondate, le quali finora non hanno avuto una sanzione sperimentale *strictu rigore*, perchè è estremamente difficile dare un giudizio assoluto sul proposito. La difficoltà principale consiste anzitutto in ciò, che nella laringe *tutto* è mobile, ogni parte ha molteplici e complessi ingranaggi con le altre, onde gli stessi metodi che sono in uso in fisiologia per chiarire con certezza l'azione di un muscolo, cioè la stimolazione

elettrica e l'asportazione del medesimo, difficilmente ponno essere adibiti, giacchè facilmente indurrebbero in errore. La interpetrazione delle immagini laringee durante la inspirazione viene oltremodo complicata dopo la eliminazione dei cennati tre muscoli.

Ad ogni modo, malgrado le enormi difficoltà inerenti a queste ricerche, gli AA. hanno praticato, nel laboratorio fisiologico di Munk, parecchi esperimenti per accertare se, e fino a qual punto, i cennati tre muscoli realmente concorrano al còmpito fisiologico che è stato loro attribuito. Il risultato, come essi stessi affermano, è stato *frammentaneo*. A stento riuscirono ad accertare che il crico-tiroideo talvolta può contribuire un poco a dilatare la glottide. Quanto all'aritenoideo trasverso, non potettero constatare l'azione devolutagli da Cruveilhier e H. Meyer. Con sufficiente evidenza sarebbero riusciti a rilevare la partecipazione del crico-aritenoideo laterale nell'abduzione.

I corollari, che gli AA. traggono da tutte queste loro ricerche, possono essere compendiati come segue.

1) Nell'uomo, al pari che nel cane, durante la respirazione, sia calma, sia concitata, vengono innervati adduttori ed abduttori; questi più attivamente durante la inspirazione, quelli durante la espirazione. Il movimento, provocato dall'aumento della forza attiva di un gruppo muscolare, è coadiuvato dalla diminuzione passiva della contrazione dell'altro gruppo Tutte le immagini laringee che osservansi nella respirazione, a partire dalla immobilità della rima glottica nella respirazione più calma dell'uomo fino alla posizione mediana spastica mortale delle corde, dipendono dallo stesso fatto. La differenza delle immagini laringee è prodotta dalla differente energia con cui è eccitata l'attività di questo, più che quel gruppo muscolare.

2) Oltre al crico aritenoideo postico, anche altri muscoli possono esercitare un'abduzione attiva delle corde vocali; e ciò può essere ammesso certamente per il crico-aritenoideo laterale. È probabile che anche l'aritenoideo trasverso ed il cricotiroideo concorrano ad aprire e tenere beante la glottide, e rispettivamente l'adito laringeo. Non è stato ancora accertato, se questi muscoli in condizioni normali coadiuvino il crico-aritenoideo postico; oppure se entrino in funzione vicaria per il medesimo, dopo lesione del principale dilatatore.

KRAUSE dott. H. — *Contributo alla questione della « paralisi del crico-aritenoideo postico »* (*Zur Frage der « Posticuslähmung »*).

L'A. incomincia per ricordare che nel 1882, iniziò nel laboratorio del professore Munk, le indagini sperimentali sopra quella peculiare posizione della corda vocale, che spesso si presenta nella paralisi del laringeo inferiore, e clinicamente va col nome di « paralisi del postico ».

In base a queste ricerche, nelle quali, imitando il processo naturale, fu esposto il laringeo inferiore ad una pressione lentamente progressiva, egli trasse il corollario, che la immobilità della corda vocale nella posizione mediana (di fonazione o di adduzione), quando si preme sul laringeo inferiore, è da riguardare come una contrattura da stimolazione dei muscoli delle corde vocali. Codesta interpetrazione da alcuni fu ammessa e da altri oppugnata.

Dopo una lunga pausa, ritorna sopra codesta questione, perchè essa, a causa di un lavoro di Grossmann, è entrata in una nuova fase. Grossmann ha accettata la spiegazione di Wagner, secondo il quale la posizione mediana della corda vocale nella paralisi del laringeo inferiore sarebbe dovuta alla funzione del crico-tiroideo, la quale rimane conservata, quando è eliminata l'attività di tutti gli altri muscoli laringei.

Questa teoria è stata ora da lui completata non soltanto con accurate misurazioni dell'ampiezza della glottide, ma approfondita ed ampliata con accurate considerazioni critiche circa le opinioni che hanno oggidì, sul riguardo, un certo valore. Esamina la teoria di Semon, secondo la quale il crico-aritenoideo postico cesserebbe di funzionare prima degli altri muscoli, nonchè la teoria della contrattura per stimolazione, e rimprovera ad entrambe di essere state costruite senza tener conto del fatto che nella paralisi del laringeo inferiore l'attività del crico-tiroideo, in principio, non viene indebolita e persiste.

In vista dell'appunto rivoltogli da Grossmann, cioè che nelle sue ricerche e nelle relative deduzioni non tiene conto della partecipazione di questo muscolo ai movimenti delle corde vocali, l'A. credette opportuno praticare un'altra serie di esperimenti, completandoli sia col ripetere le ricerche di Wagner e di Grossmann, sia osservando direttamente la funzione del crico-tiroideo.

Questa nuova serie di esperimenti è stata eseguita sui cani, nel laboratorio di Munk.

I risultati ai quali è pervenuto l'A. in queste ricerche, sono i seguenti: 1) adoperando il processo di pressione sul nervo, vengono provocate la immobilità e la posizione mediana della corda vocale; 2) codesta posizione mediana non muta quando il nervo sottoposto alla pressione viene reciso perifericamente; 3) dopo recisione e *completa paralisi* del laringeo inferiore, la corda vocale presenta una posizione, che giustamente potrebbe essere denominata di adduzione, perchè, quasi analoga a quella di fonazione e perchè rassomiglia molto più a quest'ultima, anzichè a quella calma di inspirazione. Codesta posizione di adduzione passa poi—tostochè è paralizzato il crico-tiroideo—in una che si approssima alla posizione di inspirazione più che a quella di fonazione della corda vocale; 4) l'esame laringoscopico nonchè l'osservazione diretta del crico-tiroideo hanno fatto rilevare che quest'ultimo è un muscolo il quale funziona automaticamente nella espirazione.

5) Inoltre, l'A. avrebbe constatato che, malgrado la completa paralisi del laringeo inferiore, ha luogo un movimento sincrono all'atto espiratorio, che ravvicina la corda vocale alla linea mediana. Codesto movimento è prodotto dal crico-tiroideo. 6) La stimolazione elettrica del ramo esterno del laringeo superiore come pure del crico-tiroideo dopo recisione del laringeo inferiore, fa avanzare la corda vocale (che apparisce alquanto floscia, escavata) fin presso la linea mediana. Quando il laringeo inferiore è intatto, la corda vocale apparisce più fortemente tesa, ed è portata più vicino alla linea mediana. 7) Il laringeo superiore, a prescindere da che innerva il crico-tiroideo, non sta in alcun rapporto con la innervazione motrice della laringe. 8) Si può produrre sperimentalmente anche una paralisi incipiente ed incompleta del laringeo inferiore. È impedito allora il movimento all'esterno della corda vocale, laddove il movimento di adduzione (fonazione) è conservato.

Da questi risultamenti l'A. trae la illazione, che è giustificata la obbiezione mossa da Grossmann alla sua interpetrazione, cioè che la immobilità della corda vocale, prodotta esercitando una pressione sul laringeo inferiore, debba essere riguardata come una contrattura da stimolazione. In fatti, la posizione della corda vocale rimane la stessa, vuoi che il nervo venga compresso ed immobilizzato da un corpo straniero, vuoi che venga semplicemente reciso. Inoltre, come Wagner e Grossmann hanno dimostrato, è il crico-tiroideo che provoca la posizione di adduzione della corda vocale nella paralisi del laringeo inferiore. Codesto muscolo è essenzialmente espiratorio, onde gli è devoluto il còmpito di iniziare l'atto della fonazione, che è attuabile soltanto durante la espirazione; è indubitato che la corda vocale dalla posizione espiratoria viene portata, in virtù di questo muscolo, più vicino alla linea mediana: esso ne coadiuva l'adduzione. Poichè quest'attività del muscolo persiste anche quando il laringeo inferiore è paralizzato, ed è l'unico che eserciti ancora una influenza sulla corda vocale, deve necessariamente risultarne una posizione di adduzione. Se il laringeo inferiore all'inizio del processo è parzialmente paralizzato, il crico-tiroideo, con la sua regolare attività automatica, coadiuva quel gruppo muscolare (indebolito dalla incipiente paralisi) la cui azione è sinergica alla sua.

Ma, finchè il crico-tiroideo funziona, la corda vocale è mantenuta nella posizione di adduzione. Però, Grossmann — dice l'A. — ha torto quando afferma che codesti reperti (cioè l'impedito movimento in fuori della corda vocale al principio della paralisi) finora non furono constatati.

Anzi, soggiunge Krause, essi non sono punto rari. Inoltre — prosegue — Grossmann ha anche torto quando afferma che il constatamento di una tale posizione aumenterebbe la plausibilità della teoria che il crico-aritenoideo postico sia colpito dalla paralisi prima degli altri muscoli. Codesto reperto della impedita abduzione, essendo conservato il movimento verso la linea mediana — accertato dal Krause nei suoi esperimenti che

hanno fatto rilevare la persistenza del medesimo perfino dopo la recisione e quindi completa paralisi del laringeo inferiore— farebbe rilevare, in modo convincente, che il crico-tiroideo perfino nello stadio della paralisi incompleta, deve esercitare la stessa azione che produce quando la paralisi è completa.

In ultimo, l'A. tributa a Grossmann la lode di avere ben dimostrato che il crico-tiroideo finisce per paralizzarsi quando i suoi muscoli antagonisti e sinergici hanno cessato di funzionare.

(*Archiv für Anatomie und Physiologie;* 1899).

HERTOGUE — *Vegetazioni adenoidi e mixedema* (*Végétations adénoïdes et myxoedème*).

Non pure i cultori della specialità, ma perfino i medici generici hanno oggi una idea chiara delle vegetazioni adenoidi: un'affezione che soprattutto nei paesi settentrionali è frequentissima. Dopo la classica descrizione datane dall'illustre specialista di Kopenhagen, dal compianto Guglielmo Meyer, che illustrò la sindrome fenomenica di questo processo con parecchie geniali pubblicazioni, una plejade di valorosi specialisti studiò a fondo le varie modalità morfologiche e l'intima struttura di codeste vegetazioni, le loro note cliniche, la terapia, ecc.; ed oggi sul proposito si possiede tale un corredo di nozioni esatte e precise, che, se non può tenersi parola di un capitolo espletato della Patologia, certo è che poco resta ancora a scovrire. Il tipo *adenoideo* è oggidì uno di quelli più esattamente studiati in Patologia; e basti dire che viene riconosciuto rapidamente non soltanto *in vivo*, ma perfino *in effigie*. Esaminando, dal punto di vista biologico, molti quadri di uomini preclari dell' antichità, si è potuto, con una tal quale certezza, riconoscere la *facies adenoidea*. I quadri dell'imperatore Carlo V, per es., mostrano con la massima evidenza che l' affezione da cui fu tormentato questo celebre monarca, affezione che lo rese infelice per lungo tempo come ci dicono gli storici, era una vegetazione adenoide del cavo rino-faringeo: come il Lewis afferma, essi presentano tutti con evidenza la *facies adenoidea*.

Il paragrafo lacunare di questo capitolo è stato finoggi la sua patogenesi. Molte ingegnose vedute sono state finora arzigogolate sul proposito, ma nessuna di esse soddisfa completamente. Nè le ricerche batteriologiche, nè quelle climatiche da taluni praticate (attesa la differente distribuzione geografica della malattia, ecc.) hanno imbroccato nel segno. — A ciò si aggiunga che, quanto più si approfondivano, negli ultimi tempi, le nostre nozioni sull'adenoidismo, tanto più risaltava con evidenza un fatto della massima importanza, che, alla sua volta, riusciva non poco di impaccio a quelli che si prefiggevano il còmpito di applicare, a tutti i casi di adenoidismo, una sola e medesima interpretazione patogenetica. Questo fatto consiste nella differenza più o meno sostanziale che presenta la sindrome fenomenica dell' a-

denoidismo, differenza che si traduce in ciò: che laddove in una categoria di casi esso si presenta come un' affezione puramente locale; in altri rappresenta l'esponente di un processo morboso costituzionale, e propriamente di un processo di natura tossica. — Chiunque abbia sul riguardo una discreta esperienza clinica, avrà di leggieri constatato che, laddove in alcuni casi i rispettivi infermi, all'infuori delle vegetazioni adenoidee, non mostrano altro sintomo degno di nota, il loro aspetto è florido, l'intelligenza lucida e svegliata, nè vi sono stigmate di adenoidismo nell'economia;—in una seconda categoria di casi la vegetazione locale passa in seconda linea rispetto alle stigmate dell'adenoidismo, le quali si traducono nel difettoso sviluppo scheletrico generale, nell'ottundimento più o meno marcato dell' intelligenza, nel trofismo scadente, nella peculiare conformazione del cranio, nel prognatismo più o meno spiccato della faccia, nella configurazione ogivale del palato duro e rispettiva deviazione del setto nasale, nella cattiva conformazione dei denti, i quali facilmente subiscono la carie, ecc. — Nè è raro osservare casi di adenoidismo marcato, nei quali, mentre le stigmate generali adenoidee raggiungono un grado imponente, le vegetazioni nel cavo rino-faringee sono lievi.

I fatti, ora cennati, avevano, in questi ultimi anni, impressionato parecchi preclari cultori della specialità, i quali, per spiegare i casi della seconda categoria, cioè quelli di *adenoidismo strictu rigore*, avevano accampate parecchie ipotesi per rendersi ragione di esso, o, almeno, per darne una interpretazione plausibile. E così, per es., alcuni supposero che in questi casi della seconda categoria — cioè in quelli nei quali è evidente un' affezione, o, per dir meglio, una intossicazione generale dell' organismo— dietro la vegetazione adenoide si appiattasse la diatesi scrofolosa, oppure quella tubercolare, ovvero la sifilide. E qualcuno tenne addirittura parola di una peculiare diatesi adenoidea: *ignotum per ignotum*.

A Ziem e soprattutto a Lange è dovuto il merito di avere, per i primi, recisamente messa innanzi l'idea che nell' adenoidismo debba trattarsi di peculiare alterazioni, o processi degenerativi del sistema nervoso, od intossicazione dell'economia. Ziem, per es., dichiarò che la enuresi, che insorge negli adenoidei, è dovuta a paralisi dei costrittori della vescica per accumulo di acido carbonico nel sangue. Ed il Lange dichiarò recisamente che per lui l'adenoidismo era l'esponente di una speciale degenerazione del sistema nervoso.

Ultimamente Hertogue ha fatto un passo oltre; e sulla base di ricerche cliniche, di induzioni patologiche e di risultamenti terapeutici ha accampato l'idea che l'adenoidismo sia nè più, nè meno che l' esponente della ipotiroidizzazione.

Com'è noto, la teoria delle *secrezioni interne*, benchè sorta da pochi anni, già si adima gigante nella Patologia, schiudendoci nuovi orizzonti nella patogenesi di molti processi morbosi, in cui questa era onninamente oscura,

e già incomincia a darci cospicui risultamenti nella pratica. — Così, per es., ci basti dire che la clorosi vienne oggi, da parecchi eminenti clinici, attribuita a deficiente secrezione interna dell'ovaja, l'acromegalia ad anomalia di secrezione della glandola pituitaria, ecc.

Ma là dove in questi ultimi anni si è maggiormente rivolta l'attenzione di patologi e clinici, è stata la glandola tiroide, dopo che Moebius, Gauthier, Joffroy, Marie, Revilliod ed altri emisero l'idea che l'anomalia funzionale di questa glandola possa essere la causa del morbo di Basedow, del mixedema, ecc. Giusta la teoria di Moebius e Gauthier, il morbo di Basedow sarebbe dovuto ad un'abnorme attività della glandola tiroide (*ipertiroidizzazione* o *distiroidizzazione*). Secondo codesta teoria, oggi accettata dalla maggioranza dei fisiologi (soltanto Munk la rigetta del tutto) e dei patologi, la glandola tiroide è per l'economia un organo assolutamente necessario, il quale produce sostanze di cui essa non può fare a meno. In altri termini, a codesta glandola sarebbe devoluto il còmpito fisiologico di neutralizzare prodotti tossici del ricambio nutritivo. Fu sperimentalmente accertato da Ballet, de Enriquez, Lanz, che con l'introduzione del succo della glandola tiroidea, con l'accumulo di prodotti della glandola tiroidea, nell'organismo animale si può produrre una gran parte dei sintomi del morbo di Basedow. — Alla sua volta il mixedema, com'è ben risaputo, è dovuto a distruzione del tessuto glandolare nella tiroide. Finora non è stato accertato quali sono i processi che si svolgono in quest'atrofia. A quanto pare, la loro conseguenza sarebbe una iperplasia del connettivo sottocutaneo ed un accumulo di mucina nei tessuti. — Inoltre, è qui da segnalare un altro fatto importantissimo, cioè che dalle ricerche cliniche ed anatomo-patologiche risulta con evidenza l'analogia del mixedema spontaneo col mixedema operativo o cachessia strumipriva, nonchè col cretinismo endemico (che sarebbe dovuto a soppressa funzione del corpo tiroide).

Sono appunto queste recenti conquiste scientifiche che hanno fornito a Hertogue la base per la sua teoria.

Nè ciò è tutto. Secondo Hertogue, anche l'infantilismo, il rachitismo, l'amenorrea delle giovani fanciulle sarebbero manifestazioni di deficiente attività della glandola tiroide.

Ed è stato anche rilevata una certa analogia fra i fenomeni cerebrali degli adenoidei e quelli dei cretini e degli idioti mixomatosi: l'ottundimento dell'intelligenza, la torpida ideazione, la lentezza dei movimenti, l'apatia verso tutto ciò che li circonda, ecc. La *facies adenoidea* è prettamente cretinoide. Il deficiente e difettoso sviluppo scheletrico dell'adenoideo ha molti punti di simiglianza con quelli del cretino e dell'idiota mixomatoso.

Un altro fenomeno degno di nota: la frequenza dei casi di adenoidismo tipico in alcune regioni dove il cretinismo ed il gozzo sono endemici.

In vero, com'è agevole comprendere, non è possibile, nello stato pre-

sente della Scienza, accettare come un fatto inconcusso l'idea accampata da Hertogue. Essa poggia sopra fatti, che appena hanno, da poco, varcato le soglie del tempio scientifico. La fisiopatologia della glandola tiroide è un libro — esclamava non ha guari Marly — tuttora da scrivere: siamo appena al frontespizio.—D'altro lato, però, non si può negare che i criteri sopra i quali Hertogue ha incardinato le sue deduzioni siano razionali. Riassumiamoli ancora una volta: analogia della sindrome clinica dell'adenoidismo, dell'idiozia mixomatosa e del cretinismo; coesistenza di dette vegetazioni, di difettoso sviluppo scheletrico, di disordini cerebrali; maggiore frequenza dell'adenoidismo nelle regioni dove infieriscono endemicamente il gozzo ed il cretinismo; ereditarietà di fenomeni mixomatosi negli adenoidei, ecc. Tutto ciò, secondo lui, autorizza a trarre l'illazione che nell'adenoidismo tipico trattasi di una vera autointossicazione dell'organismo.

Alle future ricerche il responso definitivo su questa teoria, nella quale, come direbbero i patologici tedeschi, *batte il polso moderno*.

(*Annales de la Societè medico-chirurgic.*)

V. Meyer

VARIA

CHARITAS!

Gli alti ideali della carità, senza efficaci applicazioni, sono calore che non riscalda, luce che non rischiara.

Non basta intenerirsi alla vista di fanciulli orfani; per alleviare le loro sofferenze fa mestieri che si accorra e presto in loro aiuto; specialmente, per noi sanitari, se trattasi di un orfano, figlio di un nostro collega, il quale dopo aver lavorato e lottato l'intiera vita spesse volte non lascia altra eredità che le amarezze e le miserie della vita!

Di grande conforto e di grande sollievo per questi derelitti è una grandiosa opera uminataria, il *Collegio Convitto dei figli orfani dei Sanitari Italiani in Perugia.*

Basta scorrere le pagine di quei resoconti finanziarii per convincersi della scrupolosità che regola questo istituto, grazie ad una esemplare amministrazione; ma ci rattrista il poco rigoglio del suo sviluppo per il numero abbastanza esiguo delle offerte.

Questo Convitto, che l'anno decorso riuscì ad ammettere sette fanciulli orfani, i quali, poi, raggiunsero il numero di dieci, sta per accogliere altri otto, che già hanno avanzato domanda; e chi sa a quest' ora se altre ne saran pervenute!

Su, via, colleghi! Il sentimento umanitario ce lo impone; la fratellanza c'infervori a mantenere sempre viva ed alta questa nobile Istituzione, divulgarla sempre più fra noi, farla prosperare con offerte più generose che possiamo, tenendo presente che la minima di lire 5 annue non sposta per nulla la posizione economica di chicchessia e fa tanto bene ad innocenti sventurati.

Le oblazioni potranno farsi direttamente al Prof. Massei Membro del Patronato per la Provincia di Napoli.



In Roma, oltre dell'*Asilo-Scuola* (educatorio gratuito) pei fanciulli deficienti (deboli di mente ecc.) e dell'*Istituto pei Sordomuti*, dal 1.° marzo 1899 si è aperta una *Casa di salute*, pei fanciulli e fanciulle, di agiata condizione, che sono *difettivi* sia nello sviluppo psichico, sia in quello del linguaggio.

A questa Casa sono annessi un *Educatorio* e *Scuola* per quei fanciulli che non possono entrarvi come interni.

All'Educatorio sono ammessi solo i deficienti mentali, che godono degli stessi sussidi educativi e curativi dei fanciulli interni; alla Scuola, i sordastri ed i balbuzienti.

Lo scopo nobile che la suddetta Casa si propone, il personale insegnante e direttivo, la rendono così importante, che ogni raccomandazione può dirsi superflua.

Il Prof. Sante de Santis, già noto per i suoi lavori in Psicologia e Psichiatria, ne è il direttore.

Il dott. Francesco Egidi, fondatore da tanti anni di una *scuola per la correzione dei difetti di linguaggio*, coadiuvato dal dottor Koch, dedica l'opera sua per tale educazione.

Il Rev. Prof. Valeriano Biachi, allievo del P. Pendola delle Scuole Pie, si occupa dell'educazione del linguaggio dei sordumuti, balbuzienti, ecc. ed a lui è affidata anche la direzione didattica.

Infine, il prof. Sciamanna, direttore della Clinica Psichiatrica di Roma visita ogni fanciullo all'atto dell' ammissione non solo, ma aiuta gli altri nella cura.

Tutti questi illustri nomi e l' importanza dello scopo che si propone la Casa di Salute, le assegnano un posto elevato in Italia nel campo della Igiene e Terapia delle malattie nervose e mentali.

SESTO CONGRESSO OTOLOGICO INTERNAZIONALE 1899

Questo Congresso sarà tenuto a Londra dall'8 al 12 agosto, sotto la Presidenza del Dr. Urban Pritchard.

Il Comitato inglese di Organizzazione, che conta più di 70 membri, nella Gran Brettagna e sue Colonie, ha per tesoriere A. E. Cumberbatch, e per segretario generale Creswell Baber. Esso ha formato i seguenti Sottocomitati:

1. *Ricevimento*—Vice-Presid. Field.
   Segret. Onor. R. Lake.
2. *Escursione* — Vice-Presid. Dr. Dunclas Grantz.
   Segret. Onor. Macleod Jearsley.
3. *Pranzo* — Vice-Presid. Mark Howell.
   Segret. Onor. L. A. Lawrence.
4. *Museo* — Vice-Presid. C. A. Ballance,
   Segret. Onor. Arthur H. Cheatle.

Il Presidente eletto dirige tutti i Sottocomitati.

Il Congresso sarà tenuto nella Sala di esame del Regio Collegio dei Medici di Londra, e nel Regio Collegio dei Chirurgi inglesi. Sono stati

fissati i seguenti particolari: Al 7 agosto il Presidente, che sarà eletto, terrà un ricevimento preliminare. Nei giorni 8, 9, 10 ed 11 agosto avranno luogo le sedute del Congresso, e Sabato 11 agosto vi sarà un'escursione, alla quale parteciperanno i membri del Congresso e le loro signore.

Le lingue ufficiali del Congresso sono l'inglese, la francese, la tedesca e l'italiana.

La sottoscrizione, nella quale è inclusa una copia degli atti, è fissata in lire 25, che debbono essere versate, prima dell'apertura del Congresso, al tesoriere A. E. Cumberbatch, Londra W., Portland Place, Nr. 80.

L'argomento, scelto per la discussione speciale, è: « Indicazioni per l'apertura della mastoide nella otite media cronica suppurativa ».

Durante il Congresso, sarà tenuta una mostra di preparati e di istrumenti, relativi alla Otologia. Le comunicazioni, relative alla mostra, debbono essere dirette al signor A. H. Cheatle, Londra W., Harley Street, 117.

Quelli che intendono partecipare al Congresso sono invitati ad inviare i loro nomi al Segretario generale il più presto che sia possibile: ad ogni modo *non più tardi del 1° maggio.* — I titoli delle comunicazioni, insieme ad un breve sunto delle medesime, debbono essere inviati al Segretario generale, non più tardi dell'epoca testè cennata. Giusta i regolamenti del Congresso, nessuna comunicazione può oltrepassare la durata di 15 minuti, onde quelle molto lunghe debbono essere compendiate in modo da non sorpassare la durata del tempo prestabilito.

***

Questo fascicolo è di pag. 44 invece di 48, per l'eccedenza di 4 pagine in quello di Gennaio.

LIBRI VENUTI IN DONO

SCHEPPEGRELL dott. W. — The etiology and treatment of stuttering, stammering and other speech defects. 1898.

— Perichondritis and necrosis of the arytenoid cartilage. 1898.

LICHTWITZ — I. De l' extirpation rapide des pseudo-polypes naso-pharyngiens—II. Un cas de prolapsus double du ventricule de Morgagni guéri par l'ablation—III. Un cas de sarcome pédiculé da la langue—IV. L'orthoforme dans la rhinite vaso-motrice. 1898.

ROSATI dott. T. — Epitelioma della laringe. Torino, 1898.

— Sinusite frontale suppurativa cronica. Roma, 1898.

— Per l'esame dell'udito nei militari. Roma, 1898.

— Statistica e cenni clini.i delle malattie del naso, del cavo orale e della laringe osservate e curate nell'anno scolastico 1897-98. Roma, 1899.

— Labirintite bilaterale da sifilide acquisita. Roma, 1899.

LEVIS WAGNER dott. H. — Early diagnosis in whooping cough. New York 1898.

— Natural immunity of the mucous membranes of the respiratory tract. New York, 1898.

GOUGUENHEIM e LOMBARD — Epithélioma du larynx. Paris, 1898.

BRINDEL — Recherches histologiques sur les polypes du larynx. 1898.

VICENTINI dott. F. — I batteri degli sputi e la flora crittogamica della bocca. 1898.

FLATAU dott. TH. — Ueber die Resectio Conchae inferioris.

HARTMANN dott. A. — Die Einwirkung der Otitis media der Säuglinge auf den Verdauungsapparat—Wiesbaden, 1898.

MAYER dott. E. — On the use Schleich's mixtures for anaestesia in operations on the nose and throat. New York, 1898.

— Tuberculosis of the upper air passages. New York, 1898.

COX dott. C. N. - Chronic infiammation of the pharyngeal Tonsil, with little hypertrophy. New York, 1898.

THOMSON dott. S.T C. — Nasal hydrorrea. London, 1898.

— Functional dysphagia. London, 1898.

KAYSER dott. R. — Ueber dysphonischen nervösen Husten. Wien, 1898.

COBB dott. F. — A study of thirty cases of antral empyema. Boston, 1888.

SOKOLOWSKI dott. A. — Die krankhaften Veränderungen im oberen Abschnitte des Respirationstractus im Verlauf von Herzklappenfehlern.

— Beitrag zur Diagnostik der Geschwülste des Mediastinum. Leipzig, 1898.

NICOLAI prof. V. — La specialità oto-rino-laringologica in rapporto con la Clinica generale. Prolusione. Milano, 1868.

MOURE E LIARAS — Traitement chirurgical de quelques paralysies faciales d'origine otique. 1898.

FLATAU dott. TH. — Die Hysterie in ihren Beziehungen zu den oberen Luftwegen und zum Ohre. Halle, 1899.

KUTTNER e KATZEFSTEIN. — Experimentelle Beiträge zur Physiologie des Kehlkopfes. 1899.

KRAUSE prof. H. — Zur Frage der " Posticuslähmung „. 1899.

GALATTI dott. D. — Beitrag zur Anatomie des kindlichen Kehlkopfes. Wien, 1899.

La redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal prof. F. MASSEI

CORRELAZIONE FRA TUMORI MALIGNI
DELLA FOSSA NASALE E DELL'ANTRO D'HIGHMORO

Studio istologico e clinico

per il dottor DOMENICO TANTURRI fu Vincenzo (Assistente)

(con una tavola)

La scarsa frequenza dei tumori a triste indole che si presentano nella loro completa evoluzione nella cavità nasale e nei seni annessi, fu notata da diversi osservatori, i quali ci dettero statistiche da me in seguito riportate. Finder (1), p. es., riferisce che su 28 mila ammalati ebbe a rilevare dieci casi di sarcoma e due di carcinoma delle fosse nasali. Gurtl, su 849 casi di sarcoma, ne registra 15 casi, e su 554 casi di carcinoma, quattro per il naso.

Nella letteratura, poi, si trovano altri casi isolati di tumori maligni delle fosse nasali. Oggi, pertanto, gli specialisti si sono divisi in due campi per la diagnosi delle forme neoplastiche a triste indole delle cavità nasali: gli uni ammettono che si possa diagnosticare un sarcoma prima che esso dia riproduzione e metastasi, cioè quando si presenta, mentendo, nella sua fase iniziale, un polipo; gli altri sostengono che questi tumori debbano diagnosticarsi per tali, solo quando si hanno recidive e metastasi. Riesce, quindi, di un certo interesse questa mia modesta pubblicazione con la quale cerco dimostrare, tra l'altro, che potemmo diagnosticare un carcinoma ed un sarcoma (v. casi 2.° e 3.°), proprio quando quello pareva clinicamente un semplice adenoma, e questo un comune polipo fibroso.

Noi, al contrario, riputiamo utilissimo pel malato e proficuo per la scienza, aggredire un tumore in un periodo di sviluppo non ancora avvanzato, e perciò, quando possa permettere una ope-

(1) Finder G.—Einige Bemerkungen ueber maligne Nasengeschwülste—Archiv. f. Laryng. 1896.

razione che valga a garentire del suo esito ed ovviare, per quanto è sperabile, la recidiva, come dimostrano le presenti osservazioni e quelle raccolte antecedentemente al mio lavoro. Ond' è che teniamo assai in conto l'esame istologico eseguito fin dal principio.

E quantunque nei 5 o 6 casi di sarcomi pubblicati, e nei presenti miei di sarcoma e di carcinomi, non avessimo potuto osservare gl'infermi in un periodo avvanzato del loro male (cioè quando non più lo scheletro era normale, nè v' era assenza di ingorghi glandolari e di recidive), pure sta il fatto che, con tutto lo scrupolo messo nell' esame istologico e nelle osservazioni eseguite, vi fu *quasi sempre* la recidiva.

Venendo più direttamente a ciò che ci riguarda, cioè dei neoplasmi maligni del naso e dell'antro, noi scegliemmo come argomento di studio la importanza dell' esame istologico, poichè esso solo ci permette, in uno stato iniziale, quando i dati clinici mancano o sono assai dubbii, di rilevare la vera struttura del tumore ed il suo reale punto di partenza, tenendo in gran conto la tessitura istologica delle mucose schneideriana e di quella del seno mascellare.

A mettere, poi, in rilievo i rapporti che intendo di sviluppare in questo lavoro, fra tumori dei seni e delle fosse nasali, credo opportuno di riportare quel tanto della struttura anatomica delle parti, che valga a chiarire meglio il mio pensiero.

Nella figura 1 si vede il seno mascellare (scheletro) a cui è stata resecata la parete antero - laterale (1); rimane, quindi, visibile la parete interna del seno con la sua comunicazione con la fossa nasale.

Al disopra v'è la sezione dell'orbita.

La parete interna del seno è la esterna della cavità nasale, ed è costituita dal mascellare, dalla lamina ascendente dell'osso palatino e dalla lamina pterigoidea interna. In alcuni punti lo scheletro manca, essendo sostituito da mucosa: infatti, nello scheletro si osserva che l'apofisi unciniforme dell'etmoide, attraversando l'apertura del seno dall' alto in basso, e d'avanti in dietro, la divide in due: una antero - inferiore l'altra postero-superiore. Se, però, l'estremità dell'apofisi unciniforme giunge fino al bordo superiore dell'orifizio del seno mascellare, come nel preparato ritratto, allora si avrà , in alcuni

(1) Il disegno è stato da me ritratto dal vero, da un preparato che si conserva nel piccolo Museo del nostro Istituto.

individui una suddivisione dell' apertura postero-superiore, e quindi, in totale, la formazione di tre orifizii distinti: antero-superiore, antero-inferiore e posteriore (v. fig. 1, a, b, c.).

La mucosa delle fosse nasali, rispettando i due ultimi orifizii, si immette nel seno mascellare per l'antero-superiore; rivestendo quelli, che sono i più beanti, con sottile lembo mucoso, viene a formare una parete assai debole e facile ad essere invasa da neoplasie che si sviluppino nelle vicinanze.

La mucosa che riveste lo scheletro del seno mascellare ha la seguente struttura (v. fig. 2.ª).

Una membrana fibrosa, che rappresenta il periostio dello scheletro delle fosse nasali; una membrana mucosa o pituitaria, molto delicata, molto più sottile e molto meno densa della mucosa nasale. Vi si distinguono diversi strati che, istologicamente, sono molto nettamente separati gli uni dagli altri: 1) derma, o corion mucoso; 2) una fine rete fibrillare, nelle maglie del quale si notano cellule arrotondite; la superficie libera è ricoperta da epitelio vibratile; 3) lo strato delle glandule, che sono di forma varia (arrotondita, ramosa, intermedia), e di varie dimensioni (grandi, piccole, uniotricolari), che possono distribuirsi su tutte le pareti del seno mascellare, ovvero lasciarne punti sprovvisti. La struttura della mucosa dell'antro si differenzia da quella della fossa nasale per il numero, la forma, la grandezza e la disposizione delle glandole, e per l'epitelio, che in quello è pavimentoso ed in questa è cilindrico (1).

Lo strato più profondo della mucosa dei seni è sprovvisto di glandole (2).

Senza riportare tutti i lavori intorno ai tumori maligni dell'antro d'Highmoro e del naso, ma soltanto la letteratura di quei casi in stretto rapporto con il presente studio, espongo quanto ho trovato descritto.

Nel 1885, Schmiegelow (3) in uno studio sui tumori maligni del naso, disse che i carcinomi, in generale, prendono origine dalla parte superiore della cavità nasale, in vicinanza dell'etmoide; i sarcomi, dalla parete laterale o dal setto.

---

(1) Sappey—Trattato di anatomia descrittiva. Vol. III.

(2) Zuckerkandl Anatomie normale et pathologique des fosses nasales Tomo I.

(3) Schmiegelow.—Tumeurs malignes primitives du nez—Rev. mens, de Laryng. 1885.

Dreyfuss (1) non tenendo conto delle osservazioni senza reperto istologico, riunisce 13 casi, compreso uno personale, di tumori maligni delle fosse nasali: non accenna a propagazione al seno mascellare corrispondente.

De Gaetano (2) riferisce un caso di epitelioma dell'antro d'Highmoro: raccoglie un'accurata statistica e trova, dal 1877, soli 6 casi di epiteliomi dell' antro. Nel caso dell' autore, il tumore non aveva invaso la fossa nasale. Fu fatta la diagnosi istologica fin dal principio, perchè si ebbe l'agio di asportare un pezzettino del tumore.

Stedmann Bull (3), in un lavoro clinico, parlando dei tumori dell'antro mascellare dice che essi possono invadere la fossa nasale corrispondente ed essere presi per tumori di quella regione, mentre la proiezione della parete antero-laterale dell' antro, lo spostamento della pupilla ed il sollevamento del piano dell' orbita, vengono ad aiutare la diagnosi, dimostrando il vero punto di partenza.

Nel caso di Du Castel (4) di epitelioma vegetante del naso, pareva che questo tumore avesse origine dal naso: ma poi vi era una infiltrazione in tutta la guancia, proprio in relazione topografica con l'antro.

Brindel (5), in un caso di epitelioma pavimentoso lobulato fece tale diagnosi istologicamente: non ci parla dell' ulteriore decorso del tumore, nè se avesse invaso l'antro.

Finder (6) fa la statistica molto accurata dei tumori maligni del naso: ne discute la etiologia, molto oscura sempre, e la operabilità.

Wendell e Philips (7) riportano un caso molto interessante

---

(1) Dreyfuss — Les tumeurs malignes épitheliales des fosses nasales Archiv. inter. de Laryng. 1892.

(2) De Gaetano—Un caso di epitel. dell'antro d'Highmoro—Giorn. intern. delle scienze mediche. Anno XIV.

(3) Stedmann Bull—Tumors of the orbit and neighbouring cavities New York Med. Journ. 1893.

(4) Du Castel—Epithéliome végétant du nez—Soc. franc. de derm. el siphil. 1893.

(5) Brindel—Epitel. lobulato pavimentoso delle fosse nasali etc. — Journ. mèd. Bordeaux 1896.

(6) Loc. cit.

(7) M. Wendell e C. Philips — Primary epithelioma of the antrum of Hyghmore etc.—The Journ. of Laryng. 1898.

di epitelioma dell'antro, originatosi su polipi mucosi. Operatolo per tempo, l'A. credè di avere a fare con un solito polipo mucoso dell'antro. Wright e Prudden, che ne fecero l'esame istologico, ne stabilirono la natura maligna.

Data, così, brevemente una scorsa alla letteratura dell'argomeuto, è da notare che nessun autore studiò la correlazione che passa fra i tumori maligni della fossa nasale e l'antro corrispondente. Come ho già detto, anatomicamente, fra seno e fossa nasali vi è una parete di divisione. Questa parete è di nessuna resistenza, laddove la mucosa tiene il posto di lamina ossea: ed è facilissimo spiegare come i tumori a rapida evoluzione, originatisi sul cornetto medio o sul meato medio, forse anche prima di mostrarsi all'orifizio delle narici, possano invadere il seno, abbattendone la debole parete interna. Pur facendo una diagnosi accurata, al presentarsi di un infermo con occlusione da tumore della fossa nasale, bisogna tenere sempre presente la facilità con cui, anche fin dal principio, vi possono essere delle propagazioni di processo dall'interno all'esterno, e non si dovrà dimenticare che, molte volte, tumori i quali si vedono nella fossa nasale, prendono origine dall'antro.

Nei due primi casi (1) che riporto, oltre ad una pruova assolutamente clinica, la quale dimostrò la origine dall'antro, come si rileva dalle storie, vale, per dimostrazione più sicura, la ricerca istologica, la quale ricorda, appunto, la struttura della mucosa dell'antro.

I. Pitti Maria, di anni 62, da Napoli, donna di casa. Si presenta all'osservazione con occlusione completa della fossa nasale sinistra. La massa occludente è di aspetto caseoso, molle. Per la molestia che le arreca, si fa un primo svuotamento della fossa nasale, e, dopo pochi giorni, un secondo. Ripristinata così, in parte, la respirazione nasale, l'inferma si allontana dalla visita. Dopo tre mesi, riosservata, si nota tumefazione della regione antero-laterale della faccia: la fossa nasale era del tutto normale, ma l'inferma accusava dolori irradiati, che si esacerbavano alla pressione digitale. Si fece diagnosi di carcinoma dell'antro di sinistra con diffusione alla fossa nasale corrispondente.
Il tumore donde prendeva origine?

---

(1) Questi casi furono riportati dal Martuscelli negli Archivi Ital. di Laringologia (anni XVIII., fasc. I, e XIX., fasc. I).

Ci è permesso asserire dall'antro: 1) perchè svuotata completamente e generosamente la fossa nasale, il tumore si riprodusse solo nell'antro, o meglio, più esattamente, continuò a crescere nel suo punto d'origine, presentando quella fase attivissima dei tumori maligni, aggrediti dalla operazione soltanto per una loro parte; 2) per la struttura del tumore, difatti, esaminando al microscopio la massa asportata (v. fig. 3 e 6) si nota che diversi acini ghiandolari sono, in parte, conservati.

Le trabecole di divisione si presentano distrutte, sicchè più acini ghiandolari sono ridotti ad uno solo grande.

Questi acini ghiandolari stanno in mezzo ad un tessuto necrotico e sono riempiti da zaffi di cellule epiteliali cilindriche. Si nota pure vasto agglomeramento di cellule epiteliali, dovuto all'unione di più zaffi.

L'esame microscopico, quindi, conferma la diagnosi di carcinoma alveolare.

II. Liguori Carmela, di anni 60, da Napoli, donna di casa. Si presenta alla visita per un tumore occludente la fossa nasale sinistra: si osserva, sul cornetto inferiore, una neoplasia assai limitata, di consistenza molle alla superficie, più dura nella parte centrale. La superficie è, in qualche punto, ulcerata. Sulla regione del seno mascellare si nota una tumefazione non molto pronunziata. Alla pressione digitale l'inferma avverte dolore: spontaneamente ella ha fitte dolorose e persistenti.

Dopo qualche mese l'inferma fu costretta a chiedere ricovero nell'Ospedale degl'Incurabili, perchè il tumore dell'antro aveva preso enormi proporzioni, ed ella doveva essere operata di resezione del mascellare superiore.

La diagnosi clinica fu di carcinoma dell'antro con estensione alla fossa nasale di sinistra.

Questo è un secondo caso di tumore maligno dell'antro, che per avere invaso la fossa nasale, e per presentare il seno mascellare di normali proporzioni, e per le indagini cliniche negative mentiva il suo vero punto di partenza. Alla prima osservazione, l'antro d'Highmoro presentava, clinicamente, solo una leggiera tumefazione e dolenzia. Nella fossa nasale si notava la presenza del tumore. Però, asportatone un pezzettino, a scopo diagnostico, si ebbe a notare tale una struttura, che stabilì il punto di origine, ulteriormente confermato dal decorso clinico del male.

Istologicamente si riscontrò quanto segue: l'epitelio (v. fig. 4) distrutto ed occupato da cellule necrotiche: in mezzo al tes-

suto connettivale, abbastanza conservato, si notano gli zaffi epiteliali. Questi hanno distrutto, in qualche punto, gli acini ghiandolari, occupandone il lume: in qualche altro punto gli zaffi hanno invaso il tessuto congiuntivo. In altro punto l'infiltrazione delle cellule epiteliali cilindriche ha preso più vaste proporzioni occupando una vasta zona.

In questo terzo caso si tratta di un sarcoma della fossa nasale. Il tumore, originatosi in essa, si propagò, di poi, al seno mascellare corrispondente.

III. Colella Francesco, di anni 58, da Maschito (Basilicata), fu osservato la prima volta nel 1896 per una massa occludente la fossa nasale destra. Operato di asportazione di due tumori e di masse informi, migliorò. Di poi, nel 1897 e 98, fu costretto a farsi di nuovo operare, fino a quando nell'ultima osservazione, e, cioè dopo qualche mese dall'ultima operazione, si notò che il tumore aveva invaso l'antro d'Highmoro corrispondente e la parete interna dell'orbita, tanto da avere spostamento del globo oculare con esoftalmo.

Rimandando per la dettagliata descrizione dei tumori asportati al Colella, nelle diverse operazioni, ai lavori del collega Martuscelli (1), ricorderò qui che, all'ultimo esame, si notava il connettivo di stroma scomparso, e soltanto quà e là un fine reticolo dalle maglie divaricate e quasi sempre interrotte, con entro elementi sarcomatosi, sino alla periferia, ove l'epitelio è quasi tutto distrutto (v. fig 5). Qui il tumore s'era originato nel cavo nasale, poichè nelle tre recidive, tutte rappresentate dal *riprodursi* di tumori *piccoli*, *completamente isolati*, insomma tali da meritare il nome di *polipi*, soltanto nell'ultimo vi fu concomitanza dell'antro.

Dai tre casi suesposti appare chiaramente come i tumori a rapida evoluzione del seno mascellare possano invadere la fossa nasale e viceversa. La ricerca istologica dei tre casi mi ha messo nelle favorevoli condizioni di ritrovare sempre, nei singoli preparati, il tessuto originario. Se, quindi, è indispensabile l'esame istologico del tumore, prima di pronunziarsi sulla natura di esso, lo è a più forte ragione dovendo consigliare un intervento chirurgico, che in tumori di tale natura deve essere, di necessità, radicale. Per quanto avessimo noi osservati,

---

(1) Martuscelli—Sarcomi nasali—Arch. Italiani di Laringologia 1897. Statistica, ivi, 1896-97 e 1897-98.

non numerosi casi di carcinomi, *limitati* alle fosse nasali, in paragone degli altri che già avevano invaso lo scheletro e le parti vicine, è notevole, nondimeno, la costanza con la quale, in un secondo tempo, la neoplasia si è mostrata, evidentemente e palesemente, nel seno mascellare. Nel caso della Liguori, non vi erano dati per diagnosticare un tumore del seno, si eccettui la persistenza delle fitte dolorose; in un ammalato, a nome Sabato Bergamasco, invece, nel quale si notavano propaggini di un tumore nella cavità nasale sinistra con tumefazione del corrispondente seno (1), l'origine era fuori dubbio e discussione da quello. Quanto all'ammalata Pitti Maria, era questa l'osservazione che rendeva affatto impossibile la diagnosi di tumore dell'antro, mentre che, invece, è uno dei casi che presentò, in questo, la maggiore diffusione.

Per il Colella, pur essendosi il tumore riprodotto per tre volte in sito, certamente vi fu impegno precoce del seno: clinicamente tale impegno apparve molto tardi.

Ora ci sia permesso di rilevare: 1) che noi, pur avendo fatta la diagnosi assai per tempo, ed avendo eseguite le operazioni con tutta l'accuratezza possibile, in altri termini, pur avendo precocemente diagnosticata ed operata la neoplasia, non fummo fortunati così da garantirne la duratura guarigione. Ciò per obiettare a qualcuno che vorrebbe si diagnosticasse un tumore a triste indole solo quando esistono fatti di evidente diffusione. Ma allora, quando si desidera di aspettare tanto, io non so quale potrà essere, poi, la operazione da consigliare, in vista della enorme e rapida propagazione di tali affezioni!

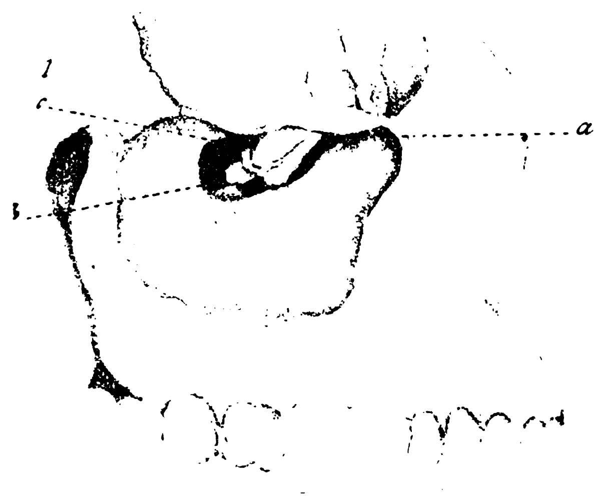
2) In secondo luogo, tenuto conto che l'antro, nei carcinomi, si è visto frequente punto d'origine mentre nel sarcoma viene affetto per propagazione, ci pare assai logico e commendevole, per il beneficio degl'infermi, una più diretta ispezione di esso (sempre quando il più lontano sospetto di diffusione possa autorizzarlo). Per tale ispezione noi intendiamo l'apertura del seno, da farsi, come punto di elezione, in corrispondenza della fossa canina; poichè solo così la breccia potrà essere grande ed il campo di operazione più facilmente aggredibile.

Quest'ultima si potrà, intervenendo in tempo favorevole, limitare allo svuotamento dal seno di tutte le masse neoplastiche ivi sviluppate.

Noi, quindi, ci crediamo autorizzati a fare seguire, alla descrizione di questi pochi casi clinici, le seguenti conclusioni:

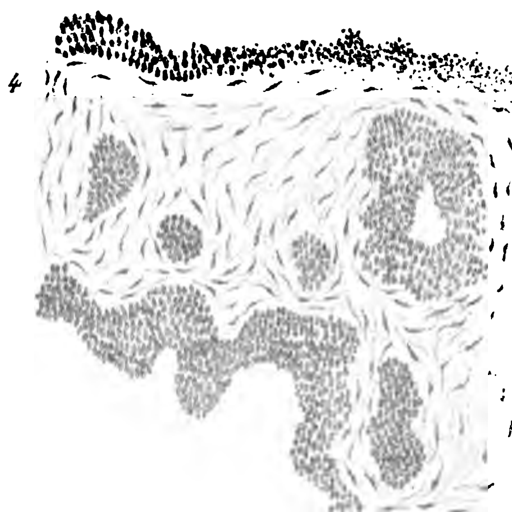
---

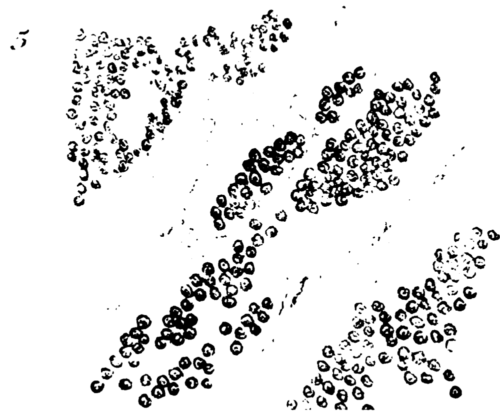
(1) Si trattava di adeno carcinoma e sarà oggetto di studio per altri.


1
c
a
b


2


3


4


5


6

1) vi è una grande analogia e correlazione fra tumori del cornetto e meato medio e dell'antro d'Highmoro.

2) Questa è maggiore nei carcinomi che nei sarcomi, poichè i primi si sviluppano ordinariamente dal tessuto glandolare della mucosa dell'antro.

3) È necessaria sempre la più scrupolosa esplorazione dei seni (clinica, elettrica, ecc.).

4) Per non condannarci per eccessiva ostilità contro dati atti operativi, a rimanere semplici spettatori di casi pochi mesi prima operabili, l'apertura del seno deve essere, d'oggi innanzi tenuta presente come un valevole aiuto, non solo per emettere una diagnosi giusta, ma anche, e specialmente per ottenere una durevole guarigione.

**Istituto di Laringojatria della R. Università di Napoli
diretto dal prof. F. Massei.**

RINITE CASEOSA VERA E PSEUDO-RINITE CASEOSA

Considerazioni storico-critiche

pel dottor GIULIO MARTUSCELLI
Assistente

« La questione relativa alla natura della rinite caseosa è intimamente legata all'esame microscopico e *batteriologico* della massa caseosa; potendo esso solo metterci sulla giusta via degli apprezzamenti etiologici, sino ad ora poggiati sopra idee preconcette e scolastiche » (1). Così dava principio il collega Guarnaccia ad un lavoro (eseguito nel nostro Istituto nel 1896) su questa rarissima rinopatia.

A conferma di tale concetto, l'anno dopo, io pubblicava una osservazione di pseudo-rinite caseosa (2) con la quale ribadivo la importanza indiscutibile della ricerca batteriologica per la diagnosi differenziale fra queste due forme di malattia, tanto simili, in apparenza, fra di loro; e credetti d'aver posto le cose in modo, che in avvenire non avesse dovuto sorgere più dubbio alcuno per la interpetrazione di dette affezioni. Appunto perchè trattasi di una malattia rarissima (qualora sia rinite vera), molti, che non potettero osservarla, sono portati a non ammetterne la entità morbosa, e confondono in un tutto la rinite vera e la pseudo-rinite. Cosa ne deriva? Che si interpetra male, che le ricerche batteriologiche danno risultati svariatissimi ed opposti, e perciò si arriva alla conclusione che, « essendo la fossa nasale un ricettacolo di numerosi microrganismi patogeni e non patogeni, essi sono *accidentali compagni* della forma morbosa. »

Tutto ciò non regge: perchè, a non dire altro, pur essendo riconosciuta e risaputa la esistenza di sì ricca flora batterica

(1) Guarnaccia — Ricerche batteriologiche sulla rinite caseosa — Arch. ital di Laring. ott. 1896.

(2) Martuscelli—Pseudo-rinite caseosa—Arch. ital. di laring aprile 1897.

nelle fosse nasali e nella faringe, molte affezioni di queste cavità debbono — indubbiamente — la loro origine *alla presenza di un dato microrganismo.*

È più giusto, invece, indagare — spassionatamente – e tenendo conto di *tutte* le osservazioni pubblicate, se vi sia veramente un microrganismo costante per questa lesione, e quale esso sia; se siano, o no, da mettere in un solo gruppo la vera rinite caseosa e la pseudo-rinite (dette ambedue dall' Arslan rinorrea purulenta caseiforme), e se quest' ultima, poi, meriti, più che la prima, l'ostracismo.

Poichè, cos'è, difatti, la rinorrea purulenta caseiforme (Arslan) o pseudo-rinite (Martuscelli), se non *un effetto costante* di tutti i processi di ostruzione, di molte forme di sinusiti, ascessi, ecc., in altri termini, di tutte quelle condizioni che permettono che il muco ristagni e cada in disfacimento?

Ma procediamo con ordine e verranno dette, più chiaramente le cose. Innanzi tutto diamo un rapido sguardo alla letteratura, dall' epoca del mio lavoro (aprile 1897) ad oggi, e facciamo un riassunto della precedente, essendo ciò necessario allo sviluppo della mia tesi.

Prima del lavoro del Duplay (1874), che dette il nome di *caseosa* a questa malattia, erano state pubblicate 5 sole osservazioni; cioè quelle di Maisonneuve (1855, due casi), di Verneuil (1859), e, contemporaneamente, di Reverden e Guyon. Ma dal concetto del Duplay, il quale considerava questa malattia «caratterizzata dall' accumulo nello interno della cavità nasale di una materia caseosa, analoga al contenuto di certe cisti sebacee, e che può formare dei depositi assai considerevoli, tanto da sformare il viso e dare la perdita dell'odorato», la maggioranza degli osservatori posteriori si scostò alquanto; nel senso, cioè, che diresse gli studii alla ricerca della natura microbica della malattia, e così ne vennero le ricerche di Perier, Cozzolino, Strazza, Cimmino, Sabrazès, Guarnaccia, i quali isolarono dalle masse asportate un microrganismo — variamente denominato — ma che presentava sempre l'aspetto filamentoso in tutti i diversi reperti.

Dal quale fatto risultò che: alcuni ritennero questo microrganismo causa della malattia; altri considerarono come una semplice concomitanza la sua presenza. Così, gli autori si schierarono in due campi. Alcuni si unirono a Duplay e Wagner, che riputarono la rinite caseosa, più che epifenomeno, una vera malattia a sè; altri, con Moure, Beausoleil ecc., negarono qualsiasi

autonomia a questa lesione, dicendola un epifenomeno di molte altre (1).

Nello spazio di tempo decorso dalla pubblicazione del mio precedente lavoro ad oggi, ne vennero fuori parecchi altri; ultimo quello dell' Arslan, che m'ha porto occasione di ritornare su di un argomento assai da me preferito, appunto perchè molto dibattuto.

Ecco gli autori che scrissero in seguito.

W. Hill nella seduta del 10 marzo 1897 della Società laringologica di Londra comunica un caso di rinite caseosa con rinolito, in un individuo poco più che quarantenne, che da varii anni si lagnava di ostruzione della narice di destra, con dolori al capo, scolo fetido e sordità; questi segni apparirono gradatamente. La narice destra era riempita da una materia color mastice e di consistenza vischiosa. Toltala, si notò una perforazione del setto accompagnata dalla distruzione della parete nasale dell' antro e del cornetto inferiore. Nel meato inferiore si trovava un corpo estraneo troppo grande per esser tolto per le vie naturali. Se ne rompe una parte e lo si toglie col forceps; tutto il resto della narice appare riempita dalla medesima materia caseosa. Il corpo estraneo, preso prima per un sequestro, era un rinolito. L' A. afferma che sarebbe interessante sapere se questo rinolito fosse la causa o la conseguenza della rinite caseosa.

Wroblewski (*Archiv. für Laryng.* VII 2-3 1898) ha osservato tre casi di rinite caseosa che, accanto ad alcuni caratteri comuni, presentavano certe differenze, soprattutto per quanto concerne l'origine dell' affezione. Nel primo caso si trattava di una sinusite sfenoidale con esistenza, nella fossa nasale destra, di granulazioni e di polipi che aveano determinato una ritenzione di pus con rinite caseosa consecutiva L'ablazione dei polipi e delle granulazioni fece sparire la rinite caseosa, che tuttavia recidivò quando si riprodussero le granulazioni.

Il secondo caso conferma l'ipotesi che considera la rinite caseosa come affezione autonoma. Esisteva, in effetti, ostruzione nasale da un lato, con odore fetidissimo: tutto scomparve con l'espulsione della massa caseosa, effettuita in modo spontaneo; nel terzo caso, infine, esisteva ostruzione nasale, con cefalea, odore fetido, gonfiore della guancia corrispondente; le ossa del naso erano denudate e v'era una fistola un poco al disopra del-

---

(1) Per più precise notizie v. il lavoro del Guarnaccia, loc. cit.

l'apertura del canale lagrimale. Un giorno il malato espulse una massa fetida che presentava la forma del seno sfenoidale. Immediatamente scomparvero tutti i sintomi dolorosi descritti, e, ciò che è più notevole, l'osso non tardò a ricoprirsi di periostio e la fistola a chiudersi.

Lacoarret (*Ann. della Policl. di Tolosa*, n.° 2, febb. 1898) presentò un infermo la cui affezione datava da più anni. Le due fosse nasali erano ostruite da materie spesse, estremamente fetide, che l'A. potette levare in una sola seduta per mezzo di una iniezione fatta vigorosamente. L'ammalato aveva, per dippiù, un empiema doppio del seno mascellare. Il pus che colava dall'antro era grumoso e poco abbondante. Lacoarret pensa che bisogna addebitare alla evaporazione della porzione liquida di questo pus, nel suo malato, la origine della rinite caseosa.

Moliniè (*Marseille méd.*, n.° 3, 1° febb. 1898), dopo alcune considerazioni sulla patogenesi della corizza caseosa, porta una osservazione di tal genere, da corpo estraneo, su di una bambina di 9 anni. La quantità di materia caseosa accumulata nella fossa nasale sorpassava la grandezza di una castagna e spandeva un estremo fetore. Una volta asportata, non si rinvenne sulla mucosa traccia di ulcerazione, nè di secrezione esagerata. Lo stato generale della bambina era rimasto eccellente. Terminando, l'A. conchiude: 1) che un corpo estraneo nel naso (nel caso attuale trattavasi di un bottone di stivaletto), basta da solo a provocare la rinite caseosa: 2) che la corizza caseosa non è legata ad una alterazione originale delle secrezioni nasali, ma è costituita dall'alterazione secondaria delle materie agglomerate le quali subiscono una fermentazione ed una organizzazione speciale, conseguenza del loro soggiorno nelle fosse nasali.

Arslan (*Bollettino delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso*, n.° 4, aprile 1899) fa la storia di altri due casi di pseudo-rinite caseosa.

1.° Caso.—L. Z. d'anni 46 di Fiesso d'Artico, individuo facile alle corizze e che ha sofferto sempre di carie dentaria. Alcuni mesi prima, in seguito ad una forte corizza si era stabilito spurgo purulento ricorrente dalla fossa nasale sinistra, molto abbondante alla mattina, e quando l'ammalato inclinava la testa in avanti. Frequenti cefalee, che spesso si localizzavano al lato sinistro. Da un mese, nel mentre la secrezione andava diminuendo, il paziente cominciò ad accusare progressivo otturamento del naso, a sinistra. Espulsione spontanea di masse caseose, di odore fetido. Marcata cacosmia. Qualche dolore verso

la radice del naso con irradiazione alla regione frontale. Nella cavità nasale, dietro ad una voluminosa cresta si veggono masse bianco-grigiastre, friabili, di consistenza butirrosa, d'odore nauseante. Tumefazione della mucosa della parte anteriore della fossa nasale. Alla rinoscopia posteriore le medesime masse caseose occupano la coana sinistra. Parecchi denti cariati, speciaimente i primi molari superiori di sinistra.

2.º Caso.—A. P. d'anni 4, di Padova: secrezione densa, d'odore cattivo e penetrante, con totale soppressione del respiro nasale. La madre racconta che nel fare le lavande boriche, uscivano dal naso della bambina masse fetide d'aspetto di formaggio. All'esame, il vestibolo della fossa nasale sinistra è occupa to da una tumefazione rotondeg giante, tesa, fluttuante, che originandosi dal setto va a schiacciarsi contro la parete esterna, occludendo totalmente l'entrata. Spostando questo tumore, si osserva indietro ad esso la massa caseosa con i soliti caratteri. In mezzo a questo secreto denso v'è un corpo durissimo, rotondo, incastrato profondamente ed in alto. Il corpo estraneo era una grossa perla colorata.

***

Della maggior parte di queste nuove pubblicazioni non si può tener conto dal punto di vista delle ricerche batteriologiche, perchè quasi tutti gli autori le trascurarono. Però, i loro lavori rimangono a conferma di un fatto: che non s'è proseguito nelle indagini scientifiche, tranne da qualcuno, e si è continuato a confondere i casi di *vera rinite* con quelli *di pseudo-rinite caseosa*. Restando nello antico errore, si è creduto distruggere il risultato degli esperimenti altrui. Ma nessuno potrà negare che *noi, pei primi*, abbiamo fatto nota la necessità della conferma del reperto ottenuto nel nostro caso di rinite caseosa; *e noi, pei primi,* abbiamo rilevato che la pseudo-rinite è un « sintomo complicante le svariate forme suppurative del naso e seni annessi » come dice l'Arslan, nel recente lavoro — o come noi scrivevamo—che « *la pseudo-rinite si ha in quei casi in cui la presenza delle masse è data da polipi* (*oss. propria*), *corpi estranei, sinusiti, riniti muco-purulente, nei quali possono trovarsi cocchi della suppurazione* (*3ª oss. dell' Arslan*) *o comuni microrganismi delle fosse nasali, e mai la streptotrix* ».

Cominciamo, quindi, prima di tutto, a mettere per un po', fuori di questo studio, le forme di pseudo-riniti, o, come dice Arslan, di rinorrea purulenta caseiforme; le quali danno—giustamente — i più disparati reperti batteriologici; appunto perchè accompagnano svariati processi sviluppantisi nelle fosse nasali

(sinusiti, corpi estranei, empiemi ecc.), e non sono *entità morbose*. Si comprende di leggieri che il reperto batterioscopico per empiema debba differire da quello per suppurazione da corpo estraneo e così via.

Fermiamoci alla rinite caseosa *vera*.

Noi ne ammettiamo l'autonomia e la sua etiologia microbica.

Perchè un microrganismo possa essere ritenuto *specifico di una data affezione*, è noto, deve rispondere a tre condizioni:

1) vi si deve riscontrare costantemente;

2) deve trovarsi solo in essa;

3) inoculato, deve riprodurre la forma morbosa.

Può la *streptotrix* rispondere a queste tre condizioni? Vediamo un po'.

1.ª *condizione.*—Riconosciuto che *uno studio completo* del microrganismo isolato, fu solamente eseguito dal Guarnaccia (sotto la direzione del titolare d'Igiene della R. Università di Napoli, il chiarissimo prof. de Giaxa, il quale ebbe il merito d'identificare la *streptotrix alba*), e che gli osservatori precedenti si contentarono chi di una, chi di altra prova; ma, con tutto questo, che la identità morfologica risulta omai evidente dalle descrizioni che ne hanno fatto i diversi autori, perchè *negarla* questa costante presenza, invece di *ammetterne* almeno la possibilità?

Perier parla di *microrganismi somiglianti a fibre elastiche*; Cozzolino, di *microbi allungati, molto delicati;* Strazza, *di filamenti ondulati*; Cimmino, *di leptotrix buccalis*; Sabrazès, *di batterio filamentoso;* e, finalmente, Vivaldi, *di filamenti*, che dai loro caratteri sembrano essere dei funghi.

Nei pochi casi, adunque, di vera rinite caseosa, s'è isolato un microrganismo — diversamente denominato (poco importa) — *e che si presentò sempre in forma di filamenti.* Ed ecco il reperto del Guarnaccia: «*I preparati microscopici, colorati col liquido di Ziehl, fanno vedere in una massa centrale di fili formanti come una rete a maglie intricatissime*, UNA GRAN QUANTITA' DI FILAMENTI *di varie forme, dividentisi dicotomicamente e che assumono fortemente la colorazione. In questi filamenti si vedono, di tratto in tratto, delle sottili interruzioni trasversali, che accennano indubbiamente alla scissione del microrganismo*».

E di più, dalle culture in agar e su patate cotte, emana UN ODORE CARATTERISTICO, SUI GENERIS, DI AMMUFFITO.

2.ª *condizione.*—Anche essa, pare si avveri. È così raro questo reperto batterioscopico, quanto il riscontrare la *vera* rinite caseosa. Anzi, tali osservazioni si sono fatte, *sempre*, sul medesimo infermo.

3.ª *condizione.*—Inoculato, deve riprodurre la malattia.

Noi soli abbiamo creduto di istituire pure le ricerche da questo punto, sia sugli animali da esperimento, come, dopo, sugli infermi dell'ambulatorio. Il risultato — finora (gli esperimenti eseguiti dal Guarnaccia, furono al numero di *due* sull'*uomo*, e al numero di circa *dieci* sugli *animali*)—è stato negativo. Ma si ponga mente che in parecchie affezioni, prettamente microbiche e conosciute *assai bene* in patologia, *la terza condizione neppure s'è avverata*; ciò nondimeno, si ammette che derivino da quel microrganismo, costantemente, e solo in esse lo si è rinvenuto!



Lo ripetiamo: essendosi *solo da noi* studiato con maggior cura il reperto batterioscopico della rinite caseosa, crediamo che, vista l'analogia quanto a caratteri morfologici tra i precedenti risultati di esame ed il nostro, si debba ammettere COME POSSIBILE (si badi bene) che in tutti i casi di vera rinite caseosa, si SIA POTUTO TRATTARE DI UNA AFFEZIONE DA STREPTOTRIX.

Ora, le indagini scientifiche dovrebbero essere indirizzate a questo scopo ed in questo senso. Beninteso, che si dovrebbe astrarre da tutte quelle forme che io comprendo sotto il nome di pseudo-riniti, se non vorremo crearci, sin dal principio, delle cause di errori inevitabili, e la confusione che, con ragione, ne conseguirebbe.

E poi: perchè, se è riconosciuto ed ammesso in patologia oculistica — per opera del Foerster, del Graefe (1855) e di altri sommi scienziati—che la *streptotrix* può attecchire e svilupparsi nel canale naso-lagrimale, *formandovi delle sorte di concrezioni;* perchè non potrebbe, non dovrebbe la *streptotrix*, localizzandosi, invece, in una cavità direttamente contigua e comunicante con questo canale, in date condizioni (di preferenza, quelle enunciate dal prof. Cozzolino), *anche produrvi le istesse concrezioni, o delle formazioni simili?*

Tale è lo studio che abbiamo testè intrapreso, e che ci darà nuovamente occasione di discorrere di questa rara affezione. Sicchè a noi sembra che, più che l'*ultima* parola (1), non è stata ancora apoditticamente detta la *prima*.

(1) V. il lavoro dell'Arslan: « Un'ultima parola sulla rinorrea purulenta caseiforme (rinite pseudo-caseosa) ». — Bollettino delle malattie dell'orecchio, del naso e della gola e del naso, aprile 1899.

Per oggi, salvo a modificare, *se lo richiederanno i risultati dei nostri esperimenti*, noi conchiudiamo:

1) che la rinite caseosa è malattia a *sè* ed è dovuta *ad uno speciale microrganismo*, *che con ogni probabilità*, sarebbe la *streptotrix alba*.

2) Che non è da confonderla con la pseudo-rinite.

3) Che quasi tutte le forme descritte dagli ultimi osservatori, ad es. le recenti dell' Arslan, sono di *pseudo-riniti* e non di *vera rinite caseosa*.

4) Che lungi dall' aver *preteso di dare come dogma il risultamento delle nostre ricerche*, assai più modestamente abbiamo creduto richiamarvi su l'attenzione dei colleghi specialisti, perchè seguissero e, controllando, ripetessero, i nostri studii ed esperimenti.

5) Che, per la indagine della patologia di questa lesione, oggi non si può fare a meno delle ricerche batteriologiche; solo esse saranno al caso di decidere se il *batterio filamentoso* del Sabrazès sia, o pur no, l'istesso microrganismo, *coltivato* e *descritto* da Guarnaccia; microrganismo che, a giudizio del prof. de Giaxa, apparterrebbe al *genere streptotrix alba* (Rossi-Doria) o *Foersterii* (Cohn-Gasperrini).

INTORNO A DUE CASI
DI CATARRO TRACHEALE EMORRAGICO

Nota del Prof. G. PISENTI
dell'Università di Perugia

Non vi sarà, io credo, medico pratico al quale non sia occorso di dover prestare le sue cure ad individui giovani, robusti, senza tare ereditarie, i quali furono colpiti improvvisamente da emottisi non abbondante, però sempre impressionante.

Avendo esaminato attentamente il torace, e posto somma cura per scoprire le più lievi modificazioni plessiche, avrà dovuto concludere per la mancanza assoluta di ogni alterazione polmonare o bronchiale; e pur non nascondendo a se qualche preoccupazione, avrà cercato di persuadere il paziente che lo incidente della emottisi fu cosa da nulla, e senza importanza alcuna. Avrà ordinato il riposo, le sostanze vaso-costrittrici, come ergotina o idrastis; vitto leggero, bevande acidule, ghiaccio sul petto, ecc. E nei giorni seguenti, vedendo che l'emottisi non si rinnovava, che la febbre non faceva mai capolino, che non c'era tosse, non sudori, che l'appetito era buono, che lo stato di nutrizione è eccellente, avrà finito col rassicurare anche se, e collo scacciare il tormentoso dubbio di una larvata, incipiente tubercolosi pulmonare; ed alla famiglia trepidante, ed al malato ansiosamente inquieto, avrà dato la solita banale risposta: è sangue venuto dalla faringe o dalla laringe. E quantunque la diagnosi non appaghi, perchè alla laringe non vi sono lesioni, e la faringe ha, tutt'al più, qualche scarsa granulazione, pure la famiglia si acqueta e il malato finisce col persuadersi che s'è trattato un falso allarme.

Alcuni casi che si iniziano a questo modo, terminano anche felicemente così, senza che l'emottisi riappaia mai più, senza che insorgano complicazioni di sorta: altre volte, invece, dopo un periodo di quiete, insorgono fenomeni tali, pei quali la diagnosi di tubercolosi polmonare finisce coll'imporsi, e i fatti pro-

grediscono, incalzano, sino a che il dubbio non è più possibile: e sono i casi disgraziati, e disgraziatamente non infrequenti.

Ma altre volte ancora le cose non vanno nè così bene, nè così male.

Dopo la prima emottisi, il malato si rimette, riprende con qualche cautela le sue occupazioni abituali, quando che dopo 4-5 mesi, un anno, in seguito ad un esercizio corporale un po' energico, come una lunga passeggiata, una corsa in bicicletta, ovvero dopo aver parlato a lungo, o essere stato a riunioni, o a spettacoli dove l'atmosfera si fa polverosa, la emottisi ritorna, non abbondante, anzi si può dire che nella maggior parte dei casi si tratta di pochi sputi di sangue rutilante, ma di un effetto disastroso sul morale del paziente, il quale comincia a pensare di essere malato gravemente. Ed al timore suo partecipa silenziosa o pietosamente bugiarda la famiglia. Il medico riesamina, riassicura che non è nulla; e infatti l'emottisi non si ripete, e il malato dopo qualche giorno si alza. Ma la fiducia nel medico è scossa, ed egli cerca di essere rassicurato ricorrendo a consulenti, i quali non trovano nulla all'esame toracico ed il malato si tranquillizza. Disgraziatamente, dopo un tempo più o meno lungo, ecco rinnovarsi la emottisi. Di solito, cominciano allora le peripezie del malato. Inquieto, preoccupato, timoroso sempre di una nuova emorragia, diffidente verso il medico che cerca di tranquillizzarlo, comincia a peregrinare per tutti gli ambulatorii, a farsi visitare da medici, da consulenti, da specialisti per le malattie di gola.

Pauroso di ogni fil d'aria, di ogni causa reumatizzante, sfugge i divertimenti, sfugge la compagnia degli amici, perche gli hanno raccomandato di parlar poco; non fuma, perchè un altro gli ha detto che tutto dipende dalla faringe; non beve vino, perchè uno specialista l'ha persuaso che congestiona gli organi.

Gli hanno proposto di farsi amputare l'ugola, di estirpare i cornetti nasali, ed egli si farebbe fare qualunque operazione quando avesse la sicurezza di guarire per sempre, di liberarsi dall'incubo di una nuova emottisi. Ed ha finito col prendere quantità enormi di ergotina e di idrastis, con fare inalazioni, polverizzazioni di ogni sorta, pennellazioni endo-laringee, applicazioni di corrente elettrica, ecc.

Se l'emorragia avesse a ripetersi vi sarebbe a temere di vedere il malato diventare nevrastenico, ipocondriaco, ecc.

Il quadro così tracciato potrebbe sembrare esagerato; ebbene

io non ho fatto che riportare quello che da molti anni vado osservando in un malato che fu già in mia cura sette anni or sono, che rividi molte volte, e che ho nuovamente in cura, ed in un altro ammalato che ho avuto occasione di esaminare verso la fine del 98, i cui antecedenti ho potuto avere dalla famiglia e dal medico curante.

Il primo è un giovanotto di 22 anni, sano, robusto, in ottimo stato di nutrizione: sta per laurearsi in giurisprudenza. Egli descrive meravigliosamente, e con rara efficacia, le sue sofferenze, i suoi timori, le sue preoccupazioni.

Sette anni fa, un giorno dopo una violenta corsa in bicicletta, dopo essersi affaticato per la lunga salita che dalla stazione di Perugia porta alla città (circa 4 chilometri), ritornato a casa fu preso da emottisi. Furono sputi numerosi di sangue quasi puro, non schiumoso, rosso-vivo, rutilante.

Egli saliva dalla gola, come egli diceva, al pari dell'acqua che sale lungo un tubo.

Gli si sentiva la bocca piena di sangue e sputava sempre. Furono applicate subito delle compresse fredde alla gola ed al petto, e poi fu messa a permanenza la vescica di ghiaccio nello stesso tempo che gli fu prescritta dell'ergotina.

Gli sputi sanguigni cessarono dopo qualche giorno, ma il paziente rimase impressionato, atterrito anzi, per ciò che aveva sofferto, e si credette perduto. Invano lo rassicurai, invano lo feci visitare da colleghi distintissimi: lo spettro della tubercolosi gli si affacciò a togliergli ogni tranquillità, ogni pace. Dimagrò, perdette il sonno, l'appetito, ogni energia. E questo stato durò due mesi circa, accompagnato da una condizione di nervosismo e di irritabilità eccessiva. Poi vedendo che l'emorragia non ricompariva, e che nell'inverno continuò a star bene, si tranquillizzò, e riprese con grande precauzione le sue abituali occupazioni. L'esame della faringe e della laringe, fatto più tardi, fu negativo. Così che supposi d'accordo cogli altri che si fosse trattato di emorragia lieve faringea o laringea, il cui punto di origine non era più possibile scoprire dopo 2 mesi dalla sopravvenuta emorragia.

Così passarono quasi due anni, senza nessuna sofferenza. Egli si lagnava solo di sentire una specie di stimolo di tossire, come un vellichio laringeo, specialmente se entrava in luoghi polverosi, ma null'altro, tanto che riprese buon umore, e dette gli esami di licenza liceale. Quando che, una sera uscendo di teatro, dove aveva suonato, riebbe l'emottisi press'a poco come la prima volta, e durò poco tempo, ma lo lasciò abbattuto mo-

ralmente, e l'abbattimento morale si ripercosse sullo stato fisico: passò notti insonni, affannose, cruciandosi nel pensiero della sua prossima fine, e cruciando gli altri della sua famiglia. Ed anche questa volta l'esame fu negativo. Si rialzò abbattuto, triste, si fece visitare da più medici; tutti concordemente gli dissero che non c'era nulla, che doveva star tranquillo.

Si sottopose ad una cura ricostituente, prese olio di merluzzo, ferro, arsenico, ecc. E riacquistò la salute di prima, e crebbe di peso. Così passarono altri tre anni durante i quali nulla accadde, mai tosse, mai sudori notturni, nutrizione eccellente, colorito ottimo, quando che, improvvisamente nuova emottisi nel novembre del 98. Io non lo rividi nei giorni dell'emottisi, ma lo videro colleghi distintissimi fra i quali il Prof. Patella Direttore della Clinica medica. E anche questa volta l'esame toracico fu negativo. Rimessosi, cominciò la peregrinazione da quanti medici potè vedere. E quanti ne vide, tanti lo tranquillizzarono, dicendogli che ai polmoni non c'era nulla e che si doveva trattare di emorragia laringea o faringea, ma a nessuno credette. Finchè tornò da me, stanco, sfiduciato, avvilito. Veniva ad espormi le sue sofferenze morali ed a chiedermi consiglio sulle due cure che gli avevano prescritte certi specialisti: cauterizzazione dei cornetti e amputazione dell'ugola, cauterizzazioni e pennellazioni faringee. E pensando io alla stranezza del caso, a questo ripetersi di emorragie che si diceva provenissero dal laringe o dalla faringe, senza che si fosse mai trovato in queste parti lesioni tali da autorizzare questa diagnosi di sede, pensando alla mancanza di ogni fenomeno polmonare, ricordai di aver letto poco tempo prima la bella memoria dell'illustre collega prof. Massei e volli procedere ad un esame tracheoscopico. Il malato si prestava meravigliosamente, tale e tanta era l'abitudine contratta negli esami laringoscopici, e potei con grande soddisfazione notare le caratteristiche dilatazioni varicose delle vene che decorrono sottomucose fra gli anelli cartilaginei. Confrontando le figure che illustrano la memoria del Massei, sembrava di avere innanzi agli occhi il modello che aveva servito a tracciarle. E di questo reperto feci edotto il paziente, e gli parve di rinascere sentendo la mia diagnosi: perchè, intelligente com'è, non poteva rendersi ragione del fatto che una tale perdita di sangne potesse avvenire in organi perfettamente sani, e d'altra parte si convinse che il male per se non era grave così, come egli temeva.

Ed ai miei studenti, che frequentano il corso, dimostrai il caso come meritevole della più grande attenzione.



Il secondo caso l'osservai nella persona di un seminarista, giovanotto di alta statura, robusto, a tinta olivastra. Nulla aveva di gentilizio, e dalla storia clinica non risultava che avesse avuto malattie di sorta nell'infanzia. Sofferse spesso di forti epistassi. A 16 anni ebbe la prima emottisi: dalla famiglia seppi che fu abbastanza copiosa, e che continuò per qualche giorno, poi cessò per non più ripetersi per circa due anni. Dopo questa prima emottisi il giovane rimase assai abbattuto e depresso, ma vedendo che l'emorragia non si ripeteva, riprese gli studi teologici, e riacquistò quanto aveva perduto di nutrizione e di forza. In questo periodo di oltre due anni non ebbe mai febbre, mai tosse, mai sudori notturni; l'appetito fu sempre buono, lo stato di nutrizione ottimo. Solo mi raccontava di aver spesso provato un senso di vellichio alla gola, e come di pienezza. Del resto null'altro. Verso la fine del 1898 venne a consultarmi perchè pochi giorni prima aveva avuto una nuova emottisi. Nella notte si svegliò con un senso come di soffocazione e si trovò con qualche cosa che gli gorgogliava in gola. Sputò più volte ed era sangue. Spaventato chiamò i sui compagni. Venne il medico, ordinò le solite cose: ergotina, ghiaccio, ecc. E l'emorragia cessò in breve, lasciando però abbattuto moralmente e scorato il paziente, il quale volle ritornare in famiglia.

E fu, come dissi, pochi giorni dopo l'insorta emorragia ch'io lo vidi, preoccupato del suo male, incredulo a priori di quanto gli avrei detto per rassicurarlo. Lo visitai accuratamente, lo visitarono altri miei colleghi distintissimi senza che dall'esame del torace risultasse qualche cosa a carico dei polmoni: l'esame batterioscopico negativo. L'esame laringoscopico mi mostrò evidentemente le dilatazioni varicose dei vasi tracheali. Aggiungo che tanto la faringe, quanto il velopendolo e i pilastri erano percorsi da visibilissime diramazioni vasali, superficiali, ad andamento tortuoso. Da queste però non proveniva certamente il sangue dell'emottisi. Ebbi la fortuna di poter nella trachea vedere un residuo di ecchimosi sotto-mucosa, la quale doveva probabilmente corrispondere al punto dove il vaso tracheale s'era rotto. Tranquillizzai per quanto mi fu possibile il malato, ed oggi che scrivo (1° maggio 99), il paziente sta perfettamente bene.



Ho creduto interessante esporre i due casi che mi occorse di vedere, perchè è bene che venga sempre più conosciuta la

forma morbosa così bene descritta dal Massei, e perchè nei casi da me narrati v'è qualche particolarità degna di nota. Per la diagnosi della malattia, la lunga durata dell'osservazione del primo caso, l'assenza di ogni fenomeno polmonare, la mancanza assoluta di bacilli tubercolari, la cui ricerca fu più e più volte fatta, e sempre e costantemente con esito negativo, le condizioni generali buonissime, la mancanza di ereditarietà tubercolare e il reperto tracheoscopico positivo, rendono sicuro il diagnostico.

Pel secondo caso, non ho una così prolungata osservazione, ma complessivamente sono decorsi dalla prima emottisi ad oggi (1° maggio 1899) due anni e mezzo, ed anche in questo caso essendo negativo ogni elemento per una diagnosi di tubercolosi, mentre è positivo quello che riguarda l'affezione tracheale, parmi che non sia da sollevare gravi dubbi diagnostici.

Intorno al meccanismo col quale si producono queste emorragie, il Prof. Massei ha emesso una ingegnosa ipotesi, basata sulle condizioni particolari nelle quali viene a trovarsi la porzione sottostante alla rima della glottide durante la fonazione, e sulle variazioni di pressione della colonna d'aria in buesta parte durante l'espirazione: essa però serve a dar ragione del perchè si rompono i vasi decorrenti nella mucosa della regione ipoglottica quando questi siano anormalmente dilatati e varicosi, non dà però ragione del perchè esistano le dilatazioni vascolari, del perchè in alcuni individui si osservino e in altri no.

Ebbene i miei due casi portano qnalche luce in proposito.

Nel primo malato ho potuto osservare uno sviluppo straordinario del sistema venoso: grosse vene alle mani, agli arti, al collo; vasi grossi e superficiali in tutte le mucose, e per di più tracce di varici alle gambe. E ricercando nei componenti la sua famiglia, ho saputo che vi sono parecchi emorroidari, che il padre ha varici alle gambe, che uno zio è emiparetico per emorragia cerebrale.

Nel secondo infermo, la storia dice che soffrì di abbondante epistassi: uno zio egualmente va soggetto a rinorragie; il nonno paterno è emorroidario ed ha grosse varici alle gambe.

V'è adunque qualche cosa che indica una debolezza ereditaria dei vasi venosi. Al pari del mio secondo infermo, vi sono molti individui nei quali le epistassi sono evidentemente in rapporto con fatti di ectasie venose dei vasi che decorrono superficiali nella porzione cartilaginea del setto nasale.

Ebbene, come in essi per cause minime si rompono queste

ectasie dei vasi nasali, allo stesso modo per cause minime: variazioni di pressione, stimoli da pulviscolo, colpi di tosse ecc., si rompono, quando esistono, le ectasie vasali dei vasi tracheali. Non succede forse press'a poco lo stesso per le emorragie da emorroidi?

Ebbene io credo che di questo fattore, di questa costituzione particolare dell'albero venoso che porta ad una dilatazione dei vasi, ad un assottigliamento delle loro pareti, ad una minore loro resistenza, si debba tener conto nella interpretazione dei fatti messi in luce dal Massei.

UN CASO DI FRATTURA
DELLA CARTILAGINE TIROIDE

pel Dott. SALVATORE SAITTA

Vien detto da chiarissimi autori e nei trattati classici di medicina e chirurgia moderni (1) che la storia delle fratture della laringe è recente e non ancora completa; però fin da Monteggia e da Morgagni, si erano riscontrate queste lesioni negli appiccati e Malgaigne ne abbozzava il primo schizzo; ma da Cavasse, Gurlt, Fredet, e specialmente da Henocque (2) e con la tesi inaugurale di Mussat, si ebbero le prime monografie complete, che hanno costituito i capisaldi dello studio clinico e sperimentale, sui quali si sono poggiati clinici e patologi, chirurgi e medici-legali. Cosicchè a scopo pratico e sperimentale, terapico e giuridico abbiamo avuto una discreta letteratura con Berg (3), Hoppmann (4), Massei (5), Tohn (6), Harrisson (7), Hoffmann (8), Peltzer (9), Sajous (10), Vagner (11) ed altri.

Ora, non perchè abbia carattere di novità, ma perchè è stato seguito diligentemente in tutte le sue fasi e avvalorato da ne-

---

(1) Cantani e Maragliano—Dupley e Reclus—Ziemmsen.

(2) Gazette Hebdomadaire (40-41) 1868.

(3) E. Berg — Dissertat. Berlin 1889.

(4) Hoppmann—Deutsch med. Wochenschr. 1880.

(5) Massei—Perizia medico-legale.—Arch. ital. di Laring. 1882.

(6) Tohn—A case of fracture of the larynx.—Lancet 1885.

(7) H. Harrison—Fractur du cartilage cricoide.—Rev. mens. de laryng. 1882.

(8) E. v. Hoffmann—Zur Kenntnis der Entstehungsarten v. Kehlkopffrakturen. 1886.

(9) Peltzer—Ueber Kehlkopffrakturen. Dissertat. Berlin 1880.

(10) Sajous—Two cases of fracture of the thyr. cartil.—Arch. of. Laryng. 1882.

(11) Fall von komminutisfractur des Kehlkopfes dureh Erwängen.—Zeitsch. f. Ch. 1883.

croscopia medico legale, credo utile riportare brevemente il seguente caso.

Bellummia Angela di anni 67, contadina, da Troina, di buona salute e costituzione scheletrica, venne colpita dal marito, mentre stava a letto in dormiveglia, con ripetuti colpi di zappetta a punte smusse. Le percosse produssero: ferite lacero-contuse alla bozza parietale, alla frontale, ed all'angolo del mascellare inferiore con lesioni delle ossa sottostanti; una leggera scontinuità della cute alla regione sopra-joidea sinistra e una forte contusione alla regione sotto-joidea sinistra con ecchimosi senza scontinuazione dei tessuti molli.

La paziente dice avere avuto da principio un senso angoscioso di spavento, d'aver emesso un grido fortissimo e poi di aver avuto un senso di buio. Pure, dopo pochi minuti rinvenne; dopo poche ore subì l'interrogatorio dell'Autorità, rispondendo con voce semivelata ma intelligibile. In seguito furono medicate le ferite; su quella del collo si pose della garza senza punti di sutura; però avvicinando alla regione anteriore del collo, anche casualmente, le dita, l'inferma avvertiva un dolore acutissimo, come non era sulle altre parti più lesionate, dolore attribuito alla contusione dei tessuti, poichè la respirazione quasi calma e regolare, la poca alterazione delle linee di simmetria del collo, l'assenza di qualunque depressibilità e crepitio, ci fecero pel momento escludere una possibile lesione della laringe. Dopo circa tre giorni si rinnovò la medicatura, si tolsero i punti di sutura alle ferite craniche e facciali che si trovarono riunite per prima intenzione; la ferita al collo mostrava saldarsi per seconda, l'ecchimosi alla regione sotto-joidea sinistra era in via di regresso, però nel la regione carotidea superiore, continuandosi con la branca orizzontale del mascellare inferiore quasi fino alla linea mediana, si riscontrò un vasto edema con pelle soprastante integra, che alla palpazione non mostrava crepitio, nè dolorabilità.

Premendo sulla laringe l'inferma sentiva un dolore accentuato, ma senza che si avvertisse dall'osservatore asimmetria, depressibilità, nè crepitio o mobilità preternaturale. La voce però e la respirazione mostravano profonde modificazioni che non si erano riscontrate durante l'avvenimento iniziale. La prima era velata, la seconda faceva sentire sibili intermittenti di stenosi glottidea durante il ritmo respiratorio e i movimenti toracici poco regolari. L'ammalata avvertiva disfagia, ma non aveva d'altra parte conati, o colpi di tosse e tanto meno espettorato di sorta.

Insospettito di una possibile lesione laringea, se non altro d'origine nervosa per pestamento che il trauma avesse potuto operare sui laringei, l'indomani praticai l'esame laringoscopico e osservai: la tonsilla ed i pilastri a sinistra tumefatti; la gronda faringo-laringea, sempre di sinistra, sformata tumefatta, arrossita; la mucosa del vestibolo iperemica; alterata la simmetria del gran corno della cartilagine tiroide. La falsa corda tumefatta; dirò meglio che dalla falsa corda in giù si vede come una sporgenza che a guisa di un tumore pare voglia occludere il lume della glottide. Questa tumefazione, nelle inspirazioni, non subisce che leggeri movimenti ondulatorii; nella espirazione si solleva senza cessare mai di oscillare. Sulla sua superficie si riscontra una grande varietà di colorito (punti e chiazze nerastre ed ecchimotiche) ed irregolarità di forma e di bordi. La corda vocale di sinistra non si arriva a scorgere, la destra invece gode di tutti i suoi movimenti e specialmente di quelli di abduzione, evidenti nell'atto inspiratorio, come se mettesse in opera gli altri muscoli laringei (per iperfunzionalità di compenso — Gerhardt) (1).

Pensai allora ad una contusione della metà sinistra della laringe con edema dovuto al trauma e difetto di funzione, sia per le alterate condizioni morfologiche, sia per pestamento dei laringei decorrenti nei punti dove le lesioni esterne sembravano più rimarchevoli. Cominciai pure a concepire l'idea di una possibile frattura del gran corno della tiroide.

Proposi, allora, la tracheotomia, che venne rifiutata dai parenti, nè io v'insistetti considerando l'età avvanzata dell'inferma e le sue condizioni troppo deperite, cosicchè venne abbandonata a se stessa.

Due giorni dopo, l'edema sotto-mascellare quasi scomparve, ma non diminuirono i disturbi respiratorii. Durante l'atto inspiratorio sentivasi il solito sibilo, nell' espirazione un rantolo prolungato; il numero degli atti respiratorii da 18 raggiunse 30, il ritmo divenne intermittente con aumento della funzione dello sterno-cleido-mastoideo e degli altri muscoli ausiliarii della respirazione. Polso 89, temperatura 37,5.

Dopo due giorni, mentre i fatti si mantenevano nell' istessa intensità, volli rifare l'esame laringoscopico e osservai: scomparsa dell'edema dell'istmo delle fauci; legamenti ari-epiglottici e tiro-aritenoidei, in qualche parte lacerati ed edematosi. Nel

(1) Manuale di esame fisico ecc., citato da Eichhorst.

lume del vestibolo si vede oscillare una specie di linguetta carnosa ecchimotica, con margini sfrangiati in parte giallognoli, che occlude trasversalmente, e parzialmente la rima glottidea ostacolando i movimenti respiratorii, i quali le imprimono varie ondulazioni.

Durante l'inspirazione forzata, quest' appendice, mobile come l'apice di una foglia, s'infossa in sotto, accartocciandosi leggermente, limitando con i suoi due lati e l' estremità anteriore e posteriore della corda vocale destra due piccoli triangoletti. Nell' espirazione viene sollevata la linguetta, l'apice si spiana e la rima glottidea non visibile in tutta l'estensione diviene più ampia.

I movimenti di adduzione ed abduzione della corda vocale integra, durante la fonazione e la respirazione, non sono del tutto eguali. Dopo un certo numero di respirazioni i movimenti sono più deboli, come se della penosa funzione si stancassero intermittentemente i muscoli laringei intrinseci e gli accessorii, ed entrassero in gioco fatti di inibizione e d'eccitamento riflessi.

Mi convinsi, così, del sospetto di frattura della laringe.

Consigliata nuovamente la tracheotomia, venne rifiutata. Lo stato dell'inferma peggiorò rapidamente. La rividi per l'ultima volta tre ore prima della morte. Abbondonata su d'una sedia, con gli abiti slacciati, i suoi lineamenti erano contratti, la faccia semi-cianotica, i muscoli del collo in preda ad un lavorio funzionale convulso e specialmente gli sterno-cleido-mastoidei con contrazioni frequenti, a scosse, la cassa toracica immobile, con rapidi sussulti, i muscoli addominali rigidi, la bocca semiaperta, il respiro sibilante e frequente, la voce quasi spenta; le parole che cercava di pronunziare si udivano, come suoni sillabici, interrotti, indistinti. Respirazioni 39, polso filiforme a 140, temperatura 36,2. La paziente morì 11 giorni e 6 ore dopo l'avvenimento.

Il *reperto necroscopico*, accennato per sommi capi, fu il seguente: suffusioni sanguigne a tutta la regione anteriore del collo; reliquati di ecchimosi ed edemi alla metà sinistra; crosta ematica alla regione sopra-joidea. Scollando la cute sulla laringe, riscontransi dei grumi di sangue e di fibrina, che allontanati discoprono il pestamento dei tessuti molli peri-laringei e dei muscoli sterno-joideo e tiro-joideo che si presentano strappati; la lamina laterale sinistra della cartilagine tiroide si mostra fratturata, dal suo, bordo posteriore quasi fino all'anteriore, in forma triangolare, fino al cosidetto pomo di Adamo. La tu-

nica esterna dell' esofago è contusa e parte dei muscoli aritenoidei e crico-aritenoidei e il nervo laringeo superiore al disotto della plica di Hyrtl sono pure lesionati.

Internamente alla laringe, la mucosa si presenta variamente scontinuata, rotta, sfrangiata, in alcuni punti ricoperta da essudati; rotti i legamenti faringo-epiglottici e la falsa corda; la porzione mobile della lamina tiroidea, fratturata, occlude per metà il lume glottideo; la corda vera in posizione cadaverica contusa e infiltrata.

Pel resto: le ferite craniche e del mascellare tendono alla cicatrizzazione ed alla ossificazione del callo. Dura madre ischiemica, col seno longitudinale ripieno di sangue venoso, senza coaguli, nè pus.

Nel polmone non si osservano tracce di pulmonite *ab ingestis* o lobulare; al taglio fuoriesce poco sangue rosso-scuro. Ventricolo sinistro del cuore vuoto e arrestato in sistole; nel ventricolo destro si nota qualche piccolo grumo sanguigno.

***

Ed ora mi si permettano poche e brevi *considerazioni* sui fatti raccolti.

1) Il reperto necroscopico messo in rapporto con i fatti osservati poco tempo prima della morte dell'inferma e con l'esame laringoscopico, non può farci attribuire ad una sola causa la morte; infatti, se negli ultimi momenti di vita la paziente dimostrava la grande difficoltà nella respirazione, rivelava anche dall'atteggiamento e dalla ciera, l'abbattimento, l'abbandono ad una causa fatale che non si ha la forza di vincere, la vita che non si contrasta fino all' ultimo anelito per mancanza di forza e per vecchiezza della fibra. E l'esame laringoscopico due giorni prima della morte aveva mostrato la debolezza con la quale l'organo reagiva alla minaccia della funzione, avendo la corda vocale destra dei movimenti asinergici, mentre il frammento spostato non poteva produrre l'occlusione completa della glottide. Nè può dirsi che la morte sia avvenuta solo per asfissia, poichè lo stato del cuore, dei polmoni e dell'encefalo non possono farci accettare esclusivamente questa epicrisi, se non coadiuvata dallo stato marastico dovuto alle condizioni della età e del deperimento organico dell'inferma, come una fiammella che viene ad essere spenta da un flebile soffio, mentre viene a mancare nella lampada l'olio che l' alimenta. E tale è stato il mio giudizio medico-legale.

2) In quanto all'*etiologia*, il caso se non è nuovo, come lesione traumatica in generale, lo è specificatamente, e il meccanismo di esso avvalora l'ipotesi di E. e J. Bockel (1), che ritengono necessaria la fissazione della laringe, operata dai muscoli, fissazione che nel caso in discorso avvenne durante l'azione dei tiro-glosso-sterno-genio-joidei per il grido di spavento emesso dalla donna durante la grandinata di colpi violenti menati dal marito alla testa.

Del resto, poca importanza, credo, debba attribuirsi alla resistenza che abbia potuto opporre il letto duro sul quale era coricata l'inferma, mentre grande valore si deve dare alla minore elasticità delle cartilagini dovuta alla ossificazione di esse per l'età avvanzata. Dalle statistiche, poi, risulta che la tiroide può venire fratturata più facilmente che le altre cartilagini laringee, forse per la sua speciale condizione anatomica.

3) Sui *sintomi*, nulla è da osservare: si riscontrano simili a quelli descritti da altri osservatori. Il non aver trovato alla palpazione, crepitio, depressibilità, spostamento dei frammenti, può attribuirsi all'edema, al versamento sotto-cutaneo, alla tensione e resistenza dei muscoli (2). D'altronde, l'esame laringoscopico, in questi casi, può venire a diradare qualunque dubbio che possa sorgere nella diagnosi ed a sorreggere ed illuminare il giudizio dell'osservatore. E stimo utile che lo pratichi in ogni occasione.

La *prognosi* di queste affezioni è abbastanza grave. Su 52 casi di Henocque. si hanno 43 morti (3). Specialmente in individui di età avvanzata, le diminuite condizioni di resistenza aggravano lo stato morboso, sicchè operazioni brillanti possono anche venire seguite da insuccesso. Non perciò, bisogna sempre arrischiare qualunque ardita operazione (4), principalmente perchè i poveri infermi abbandonati a loro stessi vanno incontro sempre ad esito letale.

---

(1) On fracture of the larynx and rupture of the trachea.—Am. Journ. of Obst.—H. Harrison.—Op. cit. — Wiener. med. Wochenscr. 1886.

(2) Wagner — Op. cit.

(3) Op. cit.

(4) H. Harrison. — Op. cit.

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

ONODI prof. A. — *Il lipoma delle tonsille* (*Das Lipom der Mandel*).

È noto che i tumori benigni delle tonsille sono rari. Fino al 1895 non era stato osservato, o per lo meno descritto, nessun caso di questa specie. In quell' anno l'A. descrisse per la prima volta un lipoma delle tonsille.—Indi, Haug riferì di avere estirpato dalle tonsille un tumore, che battezzò come lipo-mixo-fibroma.—Il terzo caso fu descritto da Avellis. Trattavasi di un lipoma con alcuni tratti connettivali, onde poteva essere anche qualificato come un fibro-lipoma.

Non ha guari, Onodi ha estirpata dalla tonsilla un altro tumore, che all'esame microscopico si rivelò un fibroma lipomatoso.

In quest'occasione, nel descrivere il secondo caso, ha creduto opportuno ricordare il primo, nel quale trattavasi di un bambino che mostrava, sulla tonsilla sinistra, un tumore peduncolato, lungo uno, largo 1|2 ctm., di colore giallo-sbiadito. Egli l'asportò con l'ansa fredda. L'esame istologico, fatto dal prosettore Münnich, mostrò che tutta la massa del tumore risultava di grasso e che perciò trattavasi di lipoma genuino.

Il secondo caso concerneva una fanciulla di 12 anni, nella quale sulla tonsilla destra era indovato un tumore di aspetto polipoide, di colore giallo-sbiadito, leggermente peduncolato. Fu asportato con l' ansa fredda. Era lungo 1 $^1/_2$ e largo 1 ctm., ed all'esame microscopico mostrò che era costituito, in massima parte, da connettivo sclerotico, che dava la colorazione tipica della sostanza jalina. Nel centro del tumore si vedevano sparpagliati, qua e là, gruppi di cellule adipose, intorno alle quali si scorgeva una infiltrazione parvicellulare, che si continuava, senza limite esatto, nel connettivo adiacente. L'esame microscopico dimostrò, quindi, con evidenza che trattavasi di un fibroma lipomatoso.

(*Archiv für Laryngologie und Rhinologie*, 1899).

SCHEIBNER dott. V. — *Costituiscono le tonsille frequenti porte di entrata per i bacilli tubercolari? (Bilden die Tonsillen häufige Eingangspforten für die Tuberkelbacillen?)*.

In questi ultimi tempi, insieme alla questione della terapia, è passata, in prima linea, quella relativa alla diffusione ed alle vie di infezione della tubercolosi. In qual modo i bacilli, e rispettivamente le loro forme perma-

mente come tubercolosi contratta per le vie dell'alimentazione, ed era evidentemente primaria.—Nel gruppo dei casi (6) in cui vi erano vaste lesioni tubercolari pulmonali e tubercolosi generalizzata, fu riscontrato quattro volte una tubercolosi tonsillare, la quale era secondaria. — In fine, in due casi di tubercolosi miliare acuta, senza tisi pulmonale ulcerosa (nei pulmoni eravi una tubercolosi linfangitica ed ematogena), l'esame microscopico delle tonsille, per accertare se contenessero lesioni tubercolari, diede risultamento negativo.

Riassumendo: sopra 60 casi di svariata specie, nei quali fu fatto l'esame microscopico delle tonsille, l'A. ha trovato soltanto in quattro una tubercolosi delle tonsille; la quale probabilissimamente era primaria. Sopra questi quattro casi, in uno trattavasi di tubercolosi primaria da aspirazione. Il corollario che egli trae da queste ricerche è che, i reperti accertati da Strauss, i quali concernono, in generale, le persone che vivono o che frequentano molto i locali dove sono ricoverati i tisici, non sono applicabili alle ordinarie condizioni della vita; oppure (cioè ch'è meno probabile) che il pericolo dell' infezione, per il tramite del muco nasale tubercolare, è lieve.

(*Deutsche Medicinische Wochenschrift.*, 1899).

SPIESS dott. G. — *Sequestro nell'apofisi alveolare dopo perforazione del seno mascellare superiore* (*Sequester im Alveolarfortsatze nach Anbohrung der Oberkieferhöhle*).

In un individuo, affetto da suppurazione nel seno mascellare superiore destro, fu aperta l'apofisi alveolare per eseguire i lavaggi.

L'istrumento all' uopo adoperato, fu un perforatore della spessezza di 3 mm., messo in attività dall'elettromotore.

La perforazione non fu disturbata da alcun incidente, benchè non fosse stato possibile praticarla rapidamente, a causa della considerevole spessezza dell'osso. I lavaggi riuscirono bene ed agevolmente; però, fin dal principio, fu constatata un'abnorme sensibilità nel mascellare superiore quando si introduceva lo schizzetto.—Ma, poichè questo fenomeno non è raro quando un nervo viene messo allo scoverto, non gli fu attribuita grande importanza.

Quattro mesi dopo l'operazione l'infermo ritornò, e mostrò a Spiess un frammento di osso, che qualche giorno prima erasi distaccato.

Evidentemente trattavasi di un sequestro osseo, la causa del quale non potette essere rilevata con certezza. Spiess opina che non abbia potuto trattarsi di una infezione dovuta all'empiema dell'antro, sibbene di una scottatura dovuta a che il perforatore, in conseguenza della lunga durata dell'operazione, per la celerità con cui veniva ruotato, erasi riscaldato fino al punto, che la massa ossea adiacente era stata esposta uniformemente ad una temperatura scottante.—Ed a conferma di codesta supposizione, egli ad-

duce il fatto che per lo passato, in molti casi nei quali praticò operazioni consimili, il canale della perforazione mostrò, per un tempo lungo o breve, una sensibilità abnorme che gli riusciva inesplicabile, e la quale ben di rado dissipavasi con l'uso della cocaina, dell' ortoformio, ecc. Per lo più, essa si dileguò lentamente. Edotto oggi da quest'ultimo caso, egli crede che probabilmente, negli altri infermi in cui eseguì la perforazione, siasi trattato soltanto di leggieri gradi di scottatura, i quali non ebbero esito in necrosi.

Ad evitare tale inconveniente, raccomanda l'impiego di un perforatore, che posteriormente sia assottigliato. In siffatto modo possono essere impediti con certezza l'attrito ed il riscaldamento, onde verrebbe scongiurato il pericolo di una influenza nociva.

(*Archiv für Laryngologie und Rhinologie*, 1899).

SPIESS dott. G. — *La chirurgia endonasale del seno frontale* (*Die endonasale Chirurgie des Sinus frontalis*).

L'anno scorso Spiess pubblicò alcuni casi nei quali, per suppurazione del seno frontale, praticò l'operazione per la via nasale, utilizzando i raggi di Roentgen, con i quali è possibile seguire l'istrumento che opera nell'osso. Questa pubblicazione di Spiess fu da noi riportata quasi integralmente. In fondo, non trattavasi di una operazione nuova, perchè essa era stata già tentata nel 1890 da Schaeffer, e più tardi da altri. Di nuovo eravi soltanto l'avere utilizzato i raggi di Roentgen, durante l'operazione, a titolo di controllo. Con ciò veniva ad essere eliminata la principale obbiezione che era stata rivolta contro questo metodo operativo, cioè che era molto arrischiato e, in talune circostanze, poteva riuscire esiziale all'infermo, perchè era una operazione nella quale « si procedeva brancicando nel buio ».

Codesto metodo operativo, dice l'A., non ha trovato finora larga èco nella pratica, il che dipende, sia dal fatto che non tutti gli specialisti hanno a loro disposizione un apparecchio di Roentgen, sia da che finora egli aveva riferito soltanto tre casi in cui praticò codesta operazione, ed in qualcuno il trattamento non era stato neppure condotto a termine: onde la impossibilità di emettere un giudizio definitivo sulla bontà del processo operativo.

Avendo ora espletata la cura di quei tre casi ed avendone operato altri cinque, Spiess ha creduto opportuno descriverli, sia per esporre i risultamenti conseguiti, sia per trarre, sul fondamento dei medesimi, un corollario relativo al valore di questo processo.

Anzitutto, per ciò che concerne l'operazione, l'A. afferma essersi egli oggi convinto che la trefina risponde tanto bene, quanto un semplice perforatore meccanico, la cui sezione trasversale costituisca un semicerchio. A prescindere da che con quest'ultimo perfora meglio e più rapidamente, è

da rilevare altresì, che non si riscalda così presto, il che è un vantaggio per il processo di guarigione. Egli, quindi, adopera oggidì un perforatore che abbia la spessezza di 3 mm., al quale fa seguire l'applicazione di un tornio, di eguale calibro, con cui leviga le scabrezze, rimuove schegge eventualmente esistenti, e dilata di 1-2 mm. le aperture sia laterali, sia specialmente quella in direzione posteriore. Il tornio è smusso all' estremità anteriore, onde basta introdurlo sotto la guida dei raggi Roentgen per operare agevolmente in una camera chiara.

Con questo perfezionamento, la esecuzione dell'operazione (Spiess insiste nel far rilevare ciò) è molto semplice; e con una buona anestesia cocainica i dolori, dovuti alla perforazione, sarebbero molto lievi. In alcuni casi, nei quali le ossa nasali avevano una spessezza molto considerevole, egli credette opportuno fare, di tratto, in tratto una pausa nell'operazione. Si opera allora con maggiore calma ed il perforatore non si riscalda molto.—Giammai si verificarono emorragie profuse, e quelle piccole, talvolta occorse, furono subito frenate con lo zaffamento. Si tenga però presente che, nell'introdurre l'istrumento, può talvolta accadere che all'orificio del naso, oppure sul setto, si verifichi una leggiera lesione della mucosa. Dopo l'operazione, gl' infermi avvertono soltanto una sensazione di intormentimento nel capo.

In ultimo, l'autore fa rilevare che volendo giudicare il metodo operativo, in base ai risultamenti finora conseguiti, è opportuno prenderlo in considerazione da due punti di vista, e propriamente in base a ciò che esso può rendere nella diagnosi ed a ciò che può dare relativamente alla cura. Dal punto di vista della diagnosi, Spiess crede che esso possa gareggiare con quello della puntura esplorativa della cavità del mascellare superiore. Praticata un'apertura e fatto il lavaggio attraverso di essa, si può stabilire con certezza la diagnosi. Nè regge l'obbiezione, secondo lui, che l'apertura del seno frontale sia molto più pericolosa dell'apertura dell'antro di Highmoro, perchè basterebbero a scalzarla i risultamenti ottenuti nella sua pratica.

Dal punto di vista della terapia, il giudizio da portare sopra questo metodo operativo è meno favorevole. Vero è, dice Spiess, che in generale, si riesce ad eliminare i sintomi da compressione, dovuti alla ritenzione del pus, ed in qualche caso ad ottenere una miglioria, e forse perfino la guarigione. Però, relativamente a quest' ultima, egli è molto scettico, giacchè afferma che non crede neppure definitiva la guarigione che finora avrebbe ottenuta in due casi. In fatti, dice egli, chi può assicurare che il dotto escretore resterà sempre aperto, che non si produrrà alcuna ritenzione, e che la suppurazione non passerà nello stadio cronico?

Ad ogni modo, dal punto di vista della terapia, l'autore ritiene che si sia autorizzati a tentare dapprima l'operazione per la via endonasale, e fare il lavaggio. Sovente con essa si può ottenere una miglioria, e forse talvolta, quando trattasi di un empiema acuto, si potrebbe sfiorare più o

meno la guarigione. Se poi con questo processo operativo non si ottenesse alcun risultato, devesi praticare l'apertura dall'esterno, ma sventuratamente neppure essa dà una completa garenzia per una guarigione effettiva.

(*Archiv für Laryngologie and Rhinologie*, 1899).

V. MEYER

GAREL dott. J. — *L'asma da fieno* (*Le rhume des foins*).

Annunziamo con piacere ai lettori che presso la libreria J. B. Baillière e figli (19, Rue Hautefeuille, Parigi) è vendibile un breve, ma importante trattato sull'*asma da fieno*, compilato dal dottor J. Garel.

Fare un quadro dell'asma da fieno, gettare un po' di luce sulla patogenesi di questa affezione e stabilire un trattamento razionale, ecco l'*attualità medica* che pubblica il Garel.

Con molta chiarezza e precisione l'A. ci mena alle seguenti conclusioni:

1. L'asma da fieno non è altro che una varietà della rino-bronchite spasmodica.

2. La rino-bronchite spasmodica si divide in due varietà: l'una periodica od asma da fieno propriamente detta; l'altra aperiodica, sopravveniente in qualunque stagione dell'anno.

3. L'asma da fieno dipende da tre fattori principali:

A. Terreno predisposto, neuro-artritismo, che ha per conseguenza una suscettibilità particolare dei centri nervosi.

B. Mucosa nasale dotata d'un certo grado d'ipereccitabilità riflessa.

C. Un agente irritante esterno, sola causa determinante degli accessi.

4. Il trattamento si può rivolgere ai tre fattori. Esso è preventivo nel primo caso, curativo o palliativo nel secondo, profilattico per il terzo.

5. Il trattamento chirurgico, che ha per iscopo di sopprimere le zone sensibili della pituitaria, è il solo che dà risultamenti positivi e certi.

L. AJELLO

MAGENAU dottor C. — *Contributo statistico alla quistione della omonimia laterale della tubercolosi laringo-pulmonale* (*Statisticher Beitrag zur Frage der lateralen Correspondenz der Lungen-Kehlkopftuberculose*).

Le opinioni, relative alla penetrazione del virus tubercolare nella laringe, sono ancora molto discrepanti; lo stesso dicasi circa le asserzioni relative alla frequenza della tisi laringo-pulmonale unilaterale ed omonima. Fra gli autori i quali pongono in dubbio che predomini la omonimia dei lati affetti, è da segnalare precipuamente Jurasz, che appoggiò il suo modo di vedere sopra una prima statistica abbastanza precisa. Le osservazioni di Jurasz comprendono un periodo di circa otto anni (1882-1890). Sopra 378 casi di tubercolosi laringo-pulmonale, soltanto in 30 (=7,9 p. 0|0) egli constatò che l'affezione interessava i due organi dallo stesso lato.

Non ha guari, Krieg in una monografia, dal titolo « Sulla penetrazione del virus tubercolare nella laringe » accampò l'idea che, nella massima parte dei casi di tisi laringea, l'infezione abbia luogo per la via della circolazione, e propriamente per la via dei linfatici, dal pulmone alla laringe. Ed a sostegno di codesta idea riportò un materiale casuistico di 700 casi di tubercolosi laringea, nei quali l'affezione era 275 volte (=39,3 p. 0|0) unilaterale. Inoltre, Krieg fece rilevare che in questi 275 casi di tubercolosi laringee unilaterali, 252 volte (=91,6 p. 0|0) l'affezione laringea corrispondeva allo stesso lato dove esisteva la identica affezione pulmonale.

Codesta asserzione di Krieg ha indotto Jurasz ad occuparsi nuovamente della questione relativa alla produzione della tisi laringea; per tale obbiettivo egli incaricò Magenau di esaminare la questione della corrispondenza laterale della tubercolosi laringo-pulmonale sopra i casi occorsi nella sua clinica, dal 1891 fino al 1898 incluso. Questo materiale clinico comprende 400 casi, di cui 234 di sesso maschile e 126 di sesso muliebre; 280 (=70 p. 0|0) erano in età di 20-40 anni.

Il risultamento a cui è pervenuto Magenau in queste ricerche, diversifica essenzialmente da quello di Krieg. In fatti, sopra 400 casi, soltanto in 65 (16,25 p. 0|0) l'affezione laringea era unilaterale; negli altri 533 casi (83,75 p. 0|0) essa non era circoscritta ad un solo lato.

Sopra questi 65 casi, soltanto in 26 (40 p. 0|0) l'affezione laringea esisteva dallo stesso lato di quella pulmonale. Negli altri 39 casi (60 p. 0|0) mancava questa corrispondenza (25 volte erano attaccati amendue i pulmoni, e 14 volte fu riscontrata una tubercolosi laringea e pulmonale incrociata).

Inoltre Krieg cercò avvalorare la sua idea, facendo rilevare che, pur quando l'affezione è bilaterale, si constata un evidente predominio da un lato. E dichiarò che, sopra 103 di tubercolosi bilaterale, in 81 (=78,5 p. 0|0) l'alterazione tubercolare nel pulmone e nella laringe era molto più accentuata e diffusa ad uno stesso lato della laringe e dei pulmoni.

Nella statistica di Jurasz non si constata punto questo fatto. Sopra 400 casi di tubercolosi laringo-pulmonale, in 61 eravi prevalente diffusione dell'affezione ad uno dei lati, ma soltanto in 22 casi (36 p. 0|0) codesta diffusione esisteva dallo stesso lato.

Malgrado la divergenza dei risultamenti, Magenau opina che ciò non autorizzi a deporre contro il concetto di Krieg circa la genesi della tubercolosi laringea. L'ipotesi di una infezione per la via linfatica è molto seducente; ed è probabile che difficilmente si riuscirà a dimostrarla con le statistiche.

In fatti, a causa della differenza del materiale casuistico, dice l'A., non è punto agevole ottenere risultamenti concordi. A ciò si aggiunga che spesso è difficile portare, unicamente in base ai fenomeni di percussione ed ascoltazione, un giudizio esatto circa l'inizio ed il grado di un'affezione tubercolare del pulmone. Nè allora è il caso che si incorra in qualche er-

rore, onde non sempre può ritenersi come norma assoluta un'analogia tra i fatti reali ed il reperto obbiettivo.

La dimostrazione esatta della possibilità che i bacilli tubercolari dal pulmone, battendo la via dei linfatici, penetrino nella laringe, finora non è stata data. Trattasi di uu postulato scientifico, che può essere risoluto unicamente dalla Fisiologia, dall'Anatomia e dall'Anatomia Patologica. Ad ogni modo, è a desiderare che, con esatte indagini in questo campo, possa essere sottoposta ad un accurato esame la interessante questione ultimamente suscitata da Krieg.

(*Archiv für Laryngologie und Rhinologie*, 1899).

V. Meyer

Baurowicz dott. A. — *Contributo alla partecipazione della laringe alla Siringomielia* (*Zur Kehlkopferkrankung bei Syringomyelie*).

I classici lavori di Schultze (1882) risolvettero le questioni che si dibattevano sopra la siringomielia, giacchè dimostrarono che si trattava di una proliferazione primaria della nevroglia con disfacimento secondario e formazione di cavità, benchè d'altro lato fosse stato rilevato che la gliosi primaria non possa essere l'unica causa della formazione di quelle, e che dovevano coagire altri fattori. A Schultz ed a Kahler dobbiamo la esatta indagine dei sintomi clinici ed il constatamento che la gliosi spinale non è punto un' affezione rara. Fu rilevato che non poche volte questa malattia non veniva esattamente diagnosticata, e la si includeva nel quadro della isteria. Con le osservazioni di Hoffmann furono completate la sintomatologia e la patogenesi della siringomielia, ed i nomi di questi tre autori sono indissolubilmente legati alla sua storia.

Com'è noto, nella siringomielia occorrono eziandio disturbi della laringe, e propriamente disturbi sensitivi o motori, i quali, talvolta si associano, ed altra volta si presentano isolatamente. Predominano, tuttavia, i disturbi puramente motori; più rari sono i casi nei quali essendo indisturbata l'attività motrice, appariscono dissesti di natura evidentemente sensitiva. I disturbi sensitivi di natura subbiettiva sono rari; quelli obbiettivi richieggono un esame accurato, perchè normalmente la sensibilità della laringe mostra grandi differenze (Schroetter). I disturbi obbiettivi della sensibilità, in forma di diminuzione dell' eccitabilità riflessa, e qualche volta anche di analgesia oppure di termo-anestesia, risaltarono evidentemente nei casi di Chabanne, Lamacq ed altri. — Quanto ai disturbi motori, essi, al pari che nella tabe, si manifestano in forma di fenomeni paralitici, di crampi oppure di crisi laringee (Schlesinger). Per quanto risulta dalle poche osservazioni tuttora esistenti nella Letteratura (finora sono stati, in complesso, descritti 25 casi di siringomielia nei quali vi erano disturbi laringei sensitivi oppure motori), le paralisi totali del ricorrente furono osservate più

frequentemente di quelle circoscritte soltanto ai dilatatori; e quest' ultima, in fine, fu anche osservata come uno stadio transitorio che precedette la paralisi completa.

L'affezione laringea, cioè la paralisi, insorge d'ordinario lentissimamente; il primo fenomeno che richiama l'attenzione degl' infermi alla laringe, è il disturbo della voce. Nei casi di paralisi dei dilatatori, quando essa rimane unilaterale, codesto disturbo viene scoverto accidentalmente. La paralisi bilaterale ben di rado viene tollerata senza disturbi essenziali della respirazione.

Essendo la siringomielia un' affezione eminentemente cronica, anche il decorso delle paralisi laringee in quest' affezione è cronico. Tuttavia, non è escluso che anche nella laringe possano occorrere transitorii disturbi nell'attività dei muscoli al pari che nei muscoli di altre parti. Schlesinger ha pubblicato casi nei quali, con una repentina progressione dei sintomi bulbari, anche la voce degl' infermi divenne molto rauca, ma poi si ripristinò al normale. Lo sviluppo acuto dei sintomi bulbari può anche determinare repentinamente i fenomeni da parte della laringe (come avvenne nei casi di Raichline e di Hoffman).

Fra i casi di siringomielia, nei quali eravi un' affezione della laringe, in tre fu fatta l'autopsia (Kretz, Hoffmann e Müller), la quale confermò la diagnosi e fece rilevare reperti molto interessanti.

Ciò premesso, l'A. compendia accuratamente i 25 casi di siringomielia finora pubblicati nella Letteratura, nei quali esisteva un'affezione laringea. Ed in ultimo descrive minutamente il suo caso, nel quale trattavasi di un uomo a 31 anno, che nell' autunno del 1896 andò a consultarlo la prima volta per disturbo della voce. L'esame laringoscopico fece rilevare leggiero rossore delle cordi vocali vere, nonchè aumento della secrezione nella laringe; fu rilevato pure che la corda vocale sinistra di tratto, in tratto subiva una specie di abduzione spastica. Dopo qualche tempo il catarro migliorò, ma persistette il disturbo nell' abduzione della corda vocale sinistra. All'uopo l'A. ricorse al trattamento elettrico, ma senza alcun prò. Tostochè la voce ridivenne buona, l'infermo lasciò la cura.

Nella primavera del 1897 ricomparve, accusando nuovamente disturbi nella gola. Questa volta l'esame laringoscopico fece rilevare che la corda vocale sinistra era fissata pressochè nella linea mediana; quella destra si moveva rapidamente. Eravi, quindi, chiaramente una paralisi del dilatatore di sinistra. Benchè l'infermo negasse recisamente qualsiasi pregresso contagio sifilitico, gli fu prescritto il joduro di potassio.

Dopo un' altra pausa, l'infermo ricomparve, lamentando che da alcuni giorni, nel bere l'acqua, questa gli rifluiva per il naso. L'A. trovò che il lato destro del palato era paralizzato. Inoltre, all' esame laringoscopico fu constatato che la corda vocale destra non poteva essere completamente bdotta. Codesto disturbo divenne sempre più evidente, finchè in ultimo

amendue le corde vocali presentarono il quadro di una paralisi del postico. Nella fonazione esse si tendevano nettamente, ma per tutt' altro rimanevano immobili, e la base della rima glottica, triangolare, misurava al massimo 2 mm.

In questo mentre, l'infermo ebbe un catarro acuto della laringe; la rima glottica si rimpiccolì ad un minimum, e poichè i fenomeni infiammatorii persistevano ribelli, e la dispnea era divenuta imponente, fu praticata la tracheotomia.

Riavutosi, si procedette ad una cura con frizioni mercuriali. Incominciarono allora a manifestarsi parestesie nella mano destra e debolezza nella gamba destra, difficoltà della deglutizione, ecc. — Al principio del 1898, il quadro patologico mutò, nel senso che la metà destra paralizzata del palato molle riprese parzialmente la sua attività funzionale, la corda vocale destra stava esattamente nella linea mediana e rimaneva del tutto immobile, laddove la sinistra nella fonazione si tendeva con evidenza. Più tardi, fu constatato che il margine interno della corda vocale sinistra non decorreva in linea retta, ma mostrava una leggiera concavità, che cessava nella fonazione. La sensibilità al pari della eccitabilità riflessa delle mucose del palato, della faringe e della laringe rimasero sempre normali.

Al principio dell' està del 1898, l'infermo fu esaminato da Neusser e Chvostek, i quali fecero diagnosi di siringomielia. — Presentemente in seguito alla cura mercuriale, accusa una miglioria nella deglutizione. La paresi del palato molle è ulteriormente diminuita.—L'esame laringoscopico mostra che la concavità della corda vocale sinistra è ancora più evidente e cessa nella fonazione, onde la voce è alquanto alterata.

(*Archiv für Laryngologie und Rhinologie*, 1899)

SCHRÖTTER dott. H.—*Contributo alla conoscenza delle neoformazioni ossee nella trachea* (*Zur Kenntniss der Knochenneubildung in der Luftröhre*).

È noto che Chiari fu il primo (1878) che, all' autopsia di un uomo morto nel Rudolfspital, riscontrò una neoformazione ossea nella trachea e la descrisse accuratamente. — A partire da quell' epoca, furono rilevati identici reperti nella trachea da Eppinger, Ganghofer, Solis Cohen, Dennig, Heymann, Putelli, Asch, Recklinghausen ed altri.— Nel 1889 Hammer, studiando accuratamente questi reperti, ne trasse la illazione che non si trattava di una neoformazione ossea nella mucosa, sibbene di eccondrosi degli anelli cartilaginei tracheali, i quali erano trasformati in tessuto osseo. Nel 1898 Recklinghausen accettò e ribadì l'asserzione di Hammer.

È da rilevare, tuttavia, che sin dal 1874 L. Schroetter aveva constatato, con la tracheoscopia, un'anomalia di tal genere, e la sua interpretazione fu esatta, giacchè espresse la supposizione che potesse trattarsi di

eccondrosi della trachea. L'inferma conta oggi 11 anni, e presenta l'identica alterazione tracheale. Fino a questi ultimi tempi, L. Schroetter nelle sue lezioni la presentava sempre agli studenti, come esempio di questa rara alterazione.

Non ha guari, H. Schroetter ebbe occasione di osservare un caso consimile in persona di un impiegato di 33 anni, che molto tempo prima era stato operato da Stoerk per papilloma tracheale. Dopo l'operazione, fu liberato dalle sofferenze per un certo tratto di tempo; indi si riaffacciarono alcuni disturbi alla gola, la natura dei quali al principio non fu riconosciuta. A misura che l'alterazione in trachea sviluppavasi ulteriormente, fu riconosciuta la vera natura dell'alterazione, e stabilita la diagnosi clinica di esostosi ed eccondrosi della trachea.—Nella laringe non si scorgeva nulla di speciale. Projettando uno sguardo nella trachea, vedevasi un tumore, il quale prendeva punto di partenza dalla parte posteriore della parete destra, pressochè a livello dell' ottavo anello, e sporgeva nel lume tracheale. Codesto tumore era bianco, grosso poco più di un pisello, ed alla sua base decorrevano esili ramificazioni vasali. Inoltre constatavansi alcuni noduli, isolati od aggruppati, per lo più in corrispondenza degli anelli tracheali, i quali erano maggiormente sviluppati nella sezione inferiore della trachea. La parte visibile dei bronchi non appariva ristretta. Evidente pulsazione della biforcazione da sinistra a destra.

In poche sedute riuscì all'autore di estirpare il tumore; l'infermo gode oggi ottima salute.

L'esame microscopico, eseguito dal dottor Maresch, confermò la esattezza della diagnosi clinica, dimostrando che trattavasi di piccole trabecole e lamine di tessuto osseo genuino, che erano indovate nella mucosa, o pervenivano fin sotto l'epitelio, ed avevano determinata la formazione di un vero guscio osseo, il cui interno era riempito di midollo osseo. L'esame microscopico delle cennate lamine mostrava, con la massima evidenza, una disposizione lamellare con canalicoli di Havers e corpuscoli ossei. In alcuni punti vedevansi i dotti escretori di glandole mucose farsi strada, attraverso l'impalcatura ossea, alla superficie. Intorno alle glandole eravi, qua e là, una forte infiltrazione flogistica.

(*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 15, 1899)

FLATAU dott. T. — *Sulla voce persistente di falsetto con osservazioni sull'impiego del fonografo a scopo laringologico* (*Ueber die persistirende Fistelstimme mit Bemerkungen über die stimmärztliche Anwendung des Phonographen*).

In questa Conferenza, tenuta davanti alla Società laringologica di Berlino, l'A. esamina uno speciale disturbo pertinente a quella vasta classe di dissesti vocali, che si collega agli stadii fisiologici di evoluzione e di svi-

luppo, senza che tuttora fosse stato sufficientemente constatato il lato morfologico e patologico in corrispondenti alterazioni di organi. Finora l'attenzione degli autori si era rivolta soprattutto ai disturbi vocali, che sogliono avere punto di partenza dalla pubertà; meno note sono le speciali alterazioni del climaterio e della degenerazione senile, e pochissimo si sa intorno ai leggieri dissesti vocali, che si riaffacciano soltanto periodicamente : le alterazioni mestruali della voce.

Specialmente nelle cantanti, dice Flatau, è noto un peculiare disturbo mestruale del timbro della voce, il quale ricorre periodicamente, ed in parecchie donne diviene così evidente, da fare stabilire di primo acchito la diagnosi. Sventuratamente tutti i mezzi di esame ottico, che finora si posseggono, danno spesso un risultato negativo od insufficiente quando si tratta di accertare la causa di codesta anomalia funzionale. All' A. sembra perciò acconcio, in questi ed in analoghi casi, ricorrere ad altri mezzi sussidiarii di esame. Ed all' uopo, dopo lunghe indagini, gli è parso che il fonografo di Edison possa essere ottimamente utilizzato. In fondo, il fonografo sin da oggi, nella ricezione e riproduzione della voce, può funzionare, al pari della fotografia, per la esposizione delle forme. Flatau è convinto che col tempo i laringologi riconosceranno tutta l'importanza di questa meravigliosa invenzione, come mezzo sussidiario diagnostico, ed apprenderanno il modo di utilizzarlo, addestrandosi nella rispettiva pratica psico-acustica. Val dire, che l'orecchio deve essere educato anche per l'interpretazione dei fenomeni acustici. Inoltre, va da sè, che l'apparecchio deve essere alquanto modificato, a seconda dell' obbiettivo che con esso si vuole conseguire. Associando, per i disturbi della voce, ai metodi di esame ottico quello acustico, si potranno schiudere nuove vie alla diagnosi funzionale e si potranno realizzare nuovi risultamenti terapeutici.

Ciò premesso, l'A. prende a disamina quel disturbo, che egli ha proposto di indicare come voce persistente di falsetto (laddove per lo passato soleva battezzarlo come voce eunucoide); esso rientra in quella categoria di disturbi, che si collegano allo sviluppo del corpo. Flatau ha proposto di classificare questi ultimi come segue: 1) la semplice muta prolungata, in cui si verificano gli ordinarii fenomeni fisiologici, ma durano per un tempo abnormemente lungo, e propriamente fino a 2 o 3 anni. 2) La persistenza di una voce infantile con uno sviluppo relativamente lieve di quei fenomeni obbiettivi, che d'ordinario soglionsi verificare nella laringe durante la pubertà, sovente associati ad ipoplasia degli organi sessuali. 3) La voce persistente di falsetto. 4) La muta perversa della voce, che suole aver luogo, per es., quando nelle donne accade un forte sviluppo della laringe, con voce analoga a quella maschile.

La terapia della voce persistente di falsetto è molto facile : con mezzi meccanici insieme ad esercizii vocali si riesce, in breve tempo, a trasformare la voce in quella normale, virile. Ma, ciò ha luogo solo quando

l'orecchio del rispettivo infermo è acusticamente bene sviluppato. In tutt' altro caso, la cura è lunga e difficile, e ci vogliono, per lo meno, da tre a quattro mesi.

Inoltre Flatau fece rilevare che, la voce persistente di falsetto presenta due specie: una relativamente genuina, ed una mista, nella quale sopra la voce di falsetto si innesta una debole voce maschile vibrante (forma *diplofonica*). Col sussidio del fonografo, Flatau dimostrò alla Società Laringologica codesta forma diplofonica, e presentò il caso nel quale egli aveva applicato gli esercizii fonografici.

I corollarii che trae dalle sue ricerche, possono essere compendiati come segue. Il fonografo può essere utilizzato: 1) per studiare, insieme agli altri mezzi oggi in uso, la patologia dei disturbi vocali, 2) per il controllo della terapia; 3) per l'insegnamento clinico, ed in parte anche per quello fisiologico.

(*Berliner klinische Wochenschrift*, 1899).

V. Meyer

VARIA

Abbiamo ricevuto il volume degli *Atti del terzo Congresso della Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia*, riunitosi nella R. Università di Roma nei giorni 28, 29 e 30 ottobre 1897, pubblicati per cura dei professori Giuseppe Gradenigo e Vittorio Grazzi, e con piacere ne diamo l'annunzio. È un grosso volume, che per il modo nitido, esatto e corretto col quale viene esposta la materia, addimostra veramente la gran cura che si sono presi gli AA. nel pubblicarlo.

I detti atti racchiudono, come s'intende, tutto quanto si è svolto durante le cinque sedute tenute dalla sullodata Società nell'epoca anzidetta, cioè: discorso inaugurale del Presidente, due relazioni sui temi prestabiliti di laringologia e rinologia, moltissime e svariatissime comunicazioni scientifiche su temi ad iniziativa personale, con le relative discussioni alle quali esse hanno dato luogo in seno alla Società, ed in fine i discorsi di chiusura del Presidente uscente e del nuovo Presidente allora insediato per il biennio futuro.

La natura stessa di questa pubblicazione non ci permette di fare, non diciamo già una breve rassegna, ma neppure il semplice annnunzio dei vari argomenti trattati; constatiamo, però, con piacere la sempre crescente importanza raggiunta, nel volgere di pochi anni, da questa Società, non solo per il numero dei nuovi soci che vanno di continuo ad aumentare le fila di quelli cosiddetti fondatori, ma anche per la copia, varietà ed importanza delle comunicazioni scientifiche fatte nelle poche ore riserbate alle riunioni. Ci limitiamo, quindi, ad invitare i nostri lettori a leggere l'originale, mentre facciamo a questa Società l'augurio di sempre più prospero avvenire.

***

La solerte Compagnia editrice Londinese Rebman (*The Rebman Publishing Company, Limited*) ha testè pubblicata una piccola Guida di tutti i *Laringologi ed Otologi* del mondo, compilata dal sig. Riccardo Lake.

L'annunzio basta per mostrare quanto utile sia questo libricino ai colleghi della specialità, e noi aggiungeremo soltanto che essa è redatta con molto esattezza, e si potrà acquistare al tenue prezzo di L. 2,50 o 3,50 (ligata o non) presso la ditta su ricordata, che sta a Londra, 129. Shaftesbury Avenue, Cambridge Circus, W. C.



Completando i suoi « *Studii clinici sulla laringologia la otologia e la rinologia; loro pratica e insegnamento attuale in Europa* (*Estudios clinicos sobre Laringologia, Otologia, Rinologia, su practica y ensenanza actual en Europa*) » il dottor Riccardo Botey di Barcellona, noto per la sua compe tenza nella nostra specialità e la sua laboriosità, si è occupato delle *Cliniche Italiane.*

Quello che egli largamente scrive delle Napoletane, è una pagina d'oro, che va segnalata alla nostra riconoscenza; e noi sentiamo alto il dovere di stringere la mano al valoroso bibliografo, che ci ha elevati a quel livello al quale sempre aspirammo con la onestà dei propositi e la costanza nel lavoro.



Il premio Lenval

Ricordiamo ai nostri lettori che il premio fondato dal barone Leone di Lenval sarà aggiudicato dal congresso internazionale di otologia che deve aver luogo a Londra dall' 8 all' 11 agosto 1899.

I punti seguenti sono stati decretati dal quinto congresso otologico tenuto a Firenze nel 1895 sul modo come questo sarebbe aggiudicato.

1.° Nell' occasione dei congressi internazionali di otologia, una somma di 3000 franchi è stata accordata per fondare un premio, detto premio Lenval.

2.° L'interesse di questa somma, accumulato nell' intervallo di due congressi otologici, sarà accordato all' autore che abbia realizzato i progressi più notevoli sul trattamento pratico delle affezioni dell' apparecchio uditivo durante il periodo in quistione, ovvero all'inventore di qualche apparecchio facilmente portatile e suscettibile di migliorare considerevolmente l'audizione delle persone sorde.

3.° La somma di 3000 franchi sarà depositata su di una banca pubblica nelle mani del presidente del giurì.

4.° Il congresso otologico internazionale eleggerà ciascuna volta un giurì di 7 membri. Questo farà conoscere la sua decisione all' ultima seduta di ciascun congresso.

I membri del giurì attualmente costituito sono: il prof. Politzer (di Vienna), il dott. Benni (di Varsavia), il dott. Gellé (di Parigi), il professore Pritchard (di Londra), il prof. St. John Roosa (di New-York), il prof. Kirchner (di Vurzbourg) ed il prof. Grazzi (di Firenze).

Le persone desiderose di concorrere al premio, sono invitate a mettersi in rapporto col Sig. Cresswell Baber, segretario generale onorario, 46 Brunswick Square a Brighton (Inghilterra), per fare valere i fatti sui quali è basata la loro candidatura.



Il Consiglio superiore di P. Istruzione, nell' ultima riunione di aprile, sul parere unanime della Facoltà Medico - chirurgica di Napoli, accordava gli effetti legali in Laringojatria al Dott. Antonio Damieno assistente alla cattedra di laringojatria di Napoli e nostro collaboratore.

II. CONGRESSO SPAGNUOLO DI OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Barcellona — Settembre 1898

Commissione organizzatrice

Prendendo in considerazione la petizione formulata da molti iscritti di Madrid, per il tramite del periodico *La Oto-Rino-Laringologia Spagnuola*, e consultata l'opinione degl'iscritti di questa Città, la Commissione Organizzatrice del Secondo Congresso Spagnuolo di Oto-Rino-Laringologia convocata a tale scopo, al 17 aprile, insieme ai presenti a detta convocazione, accordò un ultimo procrastinamento e deliberò che il detto Congresso venga tenuto il 19 settembre prossimo, e che fino al 31 luglio i signori Congressisti possono inviare i titoli delle Comunicazioni che intendono fare.

Barcellona, 19 aprile 1899

Il presidente
JOSE' ROUQER CASADESUS

Il Segretario Generale
J. A. MASIP

LIBRI VENUTI IN DONO

GRADENIGO prof. G. — Metodo per la notazione uniforme dei risultati dell'esame uditivo. Torino, 1899.

BONOMO dott. L. — Le varietà anatomiche della mastoide e sua topografia in rapporto alla chirurgia dell' orecchio. Torino, 1899.

MOURE prof. E. J. — Sur un cas d'ostéo-myélite aigüe du temporal consé cutive á l'influenza. Bordeaux, 1899.

FLATAU dott. TH. S. — Ueber die persistirende Fistelstimme mit Bemerkungen ueber die Stimmärztliche Anwendung des Phonographen. Berlin, 1899.

OSTINO dott. G. — Note ed appunti di rinologia. Torino, 1899.

SARGNON dott. M. — Six nouveaux cas de tubage pour des sténoses non diphtériques chez l'adulte. Modification des tubes d' O' Dwyer pour adultes. 1899.

RUAULT dott. A. — Diphtérie (Extrait du Traité de Médecine, 2.me Edition). Paris, 1899.

SCHRÖTTER dott. H. — Zur Kenntniss der Knochenbildung in der Luftröhre. Wien, 1898.

BOTEY dott. R. — Algunas pequenas modificaciones à las cànulas de traqueotomia. Barcelona, 1899.

GOUGUENHEIM prof. A. — Abcès d'origine traumatique de la cloison nasale. Paris, 1899

COMBA e SIMONETTI. — Cura delle laringostenosi acute nei bambini. Napoli, 1899.

FERRERI prof. G. — Sulle lesioni dell' orecchio da malaria. Torino, 1899.

SCHEPPEGRELL dott. W.—The progress of rhino-laryngology. St. Louis, 1899.

— The neuropathic origin of Stuttering. 1899.

KUTTNER e KATZENSTEIN — Zur Frage der Posticuslähmung II. Theil.

— Ueber die Innervation des Kehlkopfes während der Athmung. Berlin, 1899.

KAYSER dott. R.—Ueber angeborenen Verschluss der hinteren Nasenöffnung (Choanalatresie). Wien, 1899.

GAREL dott. J. — Le Rhume des Foins. Paris, 1899.

CHIARI prof. O. — Ueber eine Modification der Anlegung der Nähte bei der Uranoplastik behufs Schliessung erworbener Defecte. Wien, 1899.

— Le sort final de mes malades atteints de cancer du larynx. Paris, 1899.

La redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

Le complicanze laringee della sarcomatosi cutanea

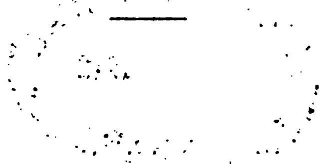
Studii clinici ed istologici

pel prof. FERDINANDO MASSEI

con la collaborazione

dei dottori GIULIO MARTUSCELLI e GIUSEPPE PROTA

(illustrati da 4 tavole cromo-litografiche)



Il tipo Kaposi della *sarcomatosi cutanea*, grazie agli studii moderni, ha acquistato una fisonomia propria e conquistato degno posto in patologia. Molto sappiamo intorno a questa importante forma morbosa, ma altre cose dobbiamo ancora apprendere relativamente alla sua genesi ed etiologia.

Difatti, mentre il nome, per comune consenso vien rispettato, l'istologia non ha apoditticamente dimostrato che si tratta di un sarcoma, nel senso letterale della parola, ed il decorso neppure risponde, inappellabilmente, al concetto che in generale noi abbiamo del sarcoma.

Vero è che il *sarcoide,* come Kaposi propose denominarlo, va, in dermatologia, essenzialmente distinto dal *sarcoma metastatico*; che nella forma di *sarcomatosi multipla idiopatica non metastatica*, si distingue il *sarcoma non pigmentato,* dal *melanotico*, assegnando, poi, per la sua forma e la sua origine un posto d'onore al *sarcoma multiplo pigmentario emorragico;* ma, ripeto, l'ultima parola sulla sua patogenesi non è detta ed intorno a questa si concentrano tuttora gli studii di preclari dermatologi.

Da parecchi esami istologici, per vero, risulta che nel sarcoma multiplo pigmentario emorragico, gli elementi predominanti sono i globo- ed i fuso-cellulari, con grande neoformazione vasale e lacune emorragiche, sì da costituire, in ulteriore periodo, veri sarcomi telangettoidi, donde l'aggiuntivo di emorragico,

per denotare la origine del pigmento diversa da quella del sarcoma melanotico della cute.

Si sa pure che le ricerche batteriologiche, anche dal punto di vista dei blastomiceti, non hanno approdato a risultamenti positivi; epperò codesti reperti cozzano contro un carattere clinico abbastanza spiccato e caratteristico, quello della *fase regressiva,* possibile a verificarsi.

Io ho voluto in poche parole compendiare lo stato attuale delle nostre conoscenze, ripetendo, succintamente, quello che insegna il prof. De Amicis, Direttore della Clinica dermosifilopatica di Napoli, il quale, con la sua nota competenza, con grande amore ed in molte pregevoli pubblicazioni, si è di proposito occupato di codesto interessante argomento, dopo il Tanturri, che sin dal 1877 ne avea riferiti e studiati 7 casi.

Or bene, le difficoltà riseggono appunto nel mettere in accordo i dati istologici con i dati clinici: i primi che accreditano, sino ad un certo punto, la natura sarcomatosa della lesione; i secondi che farebbero pensare ad un granuloma infettivo.

Per altro, se questa fase regressiva (la quale ha tratto in inganno taluni attirandoli verso una forma sifilitica o per lo meno facendo sospettare un certo nesso con la sifilide) è *possibile*, essa è lontana dall'essere la *regola*, ed anche dopo un favorevole periodo d'involuzione, si assiste alla diffusione negli organi interni, come ad esempio nello stomaco, nell' intestino nella pleura, nel fegato, nelle ossa e sin nel tronco del nervo e le terminazioni nervose del punto leso (Campana), nonchè alla cachessia che caratterizza questo terzo periodo, detto anche necrobiotico.

In uno degli ultimi casi, studiati nella Clinica del De Amicis, oltre alle localizzazioni cutanee si trovò, all'autopsia, sarcomatosi diffusa nell' intestino, nelle glandole mediastiniche e nel connettivo peri aortico, ed in altri, della pratica privata del sullodato professore, nel cavo orale e l'istmo delle fauci (palato molle, amigdale, ecc.).

Queste poche nozioni valgono a dimostrare che, se la sarcomatosi cutanea interessa da vicino i dermatologi, non è una questione alla quale può restare estraneo il medico generico. Si tratta di conoscere bene questa forma morbosa, prevederne le fasi, e quindi non attribuire al medicamento adoperato (che per errore di diagnosi è quasi sempre il mercurio) il periodo d'involuzione, durante il quale i noduli cutanei si riducono di volume e si appianano, bensì pronosticare esattamente l'ulteriore decorso, che sebbene lento è quasi sempre fatale. Si tratta di

conoscere le possibili complicanze, cercarle, vagliarle, combatterle.

Preziosi ammaestramenti scaturiscono da codeste elementari nozioni: le specialità in medicina, intese come oggi realmente si deve, non rappresentano le colonne d' Ercole, innanzi alle quali baldanzoso piega le braccia l' oculista, l'ostetrico, il dermatologo, il rinologo, il laringologo e qualsiasi altro specialista; esse non hanno quei limiti erroneamente fabbricati, o per propria comodità o per errori di apprezzamenti; non impongono, nè suppongono una cultura limitata, che, talora, si lancia contro, per gratuita offesa!

La missione delle specialità, invece, dal punto di vista didattico, è di una importanza capitale: ed è questo indirizzo che giustifica ed onora la separazione delle varie branche delle scienze mediche.

La competenza del dermatologo (acquistata con l'assiduo e costante lavoro intorno a quella data disciplina), che studia ed analizza le varie forme della sarcomatosi cutanea, si trasforma in un reale servigio pel medico pratico, quando costui dalla bocca di uno studioso autorevole apprende, con poca fatica e con grande ammaestramento, a non scambiare il nodulo del sarcoma pigmentario con un sifiloderma tubercolare. Questa prima nozione apre la sua mente a comprendere e vagliare l'importanza di una malattia che si origina dalla pelle (1), ma non rimane limitata al punto di partenza, ed assume caratteri di morbo sistematico.

Del resto, non è questa la sola evenienza nella quale l'esame della pelle può agevolare il compito di una non facile diagnosi di morbo laringeo: mi basterà ricordare l'erisipela, il morbillo, il vaiuolo, l'eritema nodoso, l'orticaria, fra le forme acute, che talora si complicano a localizzazioni laringee e che, in più rari casi, possono perfino esordire (?) dalla gola; e fra le croniche, i sifilodermi, le manifestazioni lupose e leprose, il pemfigo, che non di rado rendono agevole la ricognizione di complicanze laringee.

---

(1) Le acute indagini del prof. R. Campana dell'Università di Roma gli han fatto emettere la ipotesi che, nel sarcoma cutaneo, si tratti di una lesione secondaria di un' altra nervosa, la quale determinerebbe identica infiltrazione neoplastica nel distretto cutaneo a cui si distribuisce. Sebbene questa teorica abbia il fondamento di attente ricerche dalle quali risulta una infiltrazione neoplastica delle estremità nervose, la maggioranza non si è ancora pronunziata in favore.

Ho voluto accentuare questi particolari perchè, dopo l'entusiasmo col quale si crearono le specialità, esiste oggidì una corrente di *mal prevenuti*, i quali confondendo lo *specialista* con l'*empirico*, si trincerano nei preconcetti della limitata cultura per guardare con occhio di compassione quel collega, che certe volte finisce per ridere della ignoranza di chi lo deride!

Potrei moltiplicare gli esempi ed andare molto avanti per dimostrare che uno specialista salito in onore deve possedere buona e vasta cultura, tanta quanta ne occorre al medico generico; accentuare come le specialità appassirebbero, se vivessero vita autoctona, quali rami di un albero recisi dal tronco paterno: potrei a lungo discutere e raffermare che le varie specialità, nella meta ultima cui tendono, si danno la mano, si sussidiano e completano; pure basta limitarmi all'esempio prescelto, perchè mi preme di dir subito che, fra le *complicanze* della sarcomatosi cutanea, ve n'è una che merita particolare riguardo, voglio dire la *compartecipazione della laringe*, quella che forma l'obbietto del presente studio.

***

Io non so se altri prima di me abbia fatto rilevare il nesso fra i sarcomi multipli pigmentarii della cute e le localizzazioni laringee; se la letteratura ne ha già registrati degli esempii, mi terrò fortunato di far sapere che in una pratica di 30 anni ne ho potuto riunire cinque.

Ma, in omaggio al vero, devo subito soggiungere che fra alcuni casi interessanti, scelti fra i moltissimi che conta il prof. De Amicis, nella sua dotta relazione al Congresso di Mosca (1897) ne ha riferito uno, nel quale la ripetizione del processo nella laringe fu confermata dall'esame laringoscopico che, per sua gentilezza e deferenza a mio riguardo, volle fosse praticato da me.

Fra questi cinque miei infermi, figurano due, uomini robusti, intorno ai cinquant'anni, con forme cutanee non dubbie, nei quali esistevano segni di marcata stenosi delle prime vie e disfonia; uno, qualche mese dopo la mia osservazione morì soffocato, avendo rinunziato a qualunque compenso chirurgico (come mi vien riferito dal prof. Damieno, che mi aveva presentato l'infermo); l'altro, che ho potuto sorvegliare per parecchi anni, ha mostrato alternative le quali gli hanno permesso di procrastinare l'attuazione del mio consiglio, quello cioè di assoggettarsi alla tracheotomia.

È appunto uno degl'infermi del prof. De Amicis, un tal Cuttano Matteo, di 52 anni, ammogliato, con prole, senza antecedenti anamnestici e gentilizii degni di rilievo. La storia clinica, minuta, interessante, è pubblicata nella bella relazione alla Sezione Dermatologica di Mosca, già ricordata.

Le lesioni, riscontrate con lo specchio laringoscopico, erano, nel primo di questi due infermi, sub-cordali. La cavità laringea era sana, le corde si abducevano bene e nella inspirazione riusciva sorprendere, a livello del primo tratto tracheale, una considerevole infiltrazione della mucosa, con noduli rilevati, di color rosso-vivo. Nell'altro, la infiltrazione era della cavità laringea e riusciva constatare una rigidità dei tessuti con ostacolo ai movimenti delle articolazioni crico-aritenoidee, donde la laringo-stenosi. L'infiltrazione della mucosa avea un colore marcatamente rosso, era equabile, interrotta quà, e là, da piccoli noduli, facilmente ravvisabili, ed erano principalmente colpite le false, le vere corde e la epiglottide.

In uno di questi due casi, quello che sopravvive, mi è sembrato sorprendere un periodo involutivo della infiltrazione, che mentre riduceva la stenosi laringea, lasciava meglio vedere i piccoli noduli isolati, e ciò in seguito ad iniezioni sottocutanee di liquore arsenicale del Fowler. Nella relazione del prof. De Amicis è riferito, che sopra una delle corde vocali, io notai come una valvola grigiastra (nodulo avvizzito), il quale rassomigliava molto all'infiltrazione residuale del nodulo dell'orecchio.

L' uno non sapeva con precisione dire la data dell' affezione cutanea; l'altro, il Cuttano, ricordava che questa era del 1891, ma nessuno dei due seppe fornire dati precisi circa la comparsa della localizzazione laringea, certamente posteriore alla prima.

La quale, annosa, esordita dagli arti superiori ed inferiori, sotto forma di macchie, senza sintomi apprezzabili, non era ancora molto progredita, nemmeno quando la stenosi era tanto cresciuta, mentre nell' altro tendeva a diffondersi al tronco, al cuojo capelluto, al volto, alle orecchie, al palato molle ed all'istmo delle fauci.

A questi son venuti ad aggiungersi, recentemente, altri tre casi, nei quali non si tratta più di infiltrazione più o meno diffusa e di noduli sparsi, ma di tumori unici, ben delineati, che due volte han raggiunto colossali dimensioni. Queste recenti osservazioni, riaffermando in modo solenne le mie intuizioni, mi hanno messo in grado di studiare, con maggiore precisione, la natura delle neoplasie endo-laringee, la loro simiglianza con quelle cutanee, i loro rapporti.

Per bene riuscire a questo scopo, io ho dimandato il concorso di due bravi miei aiuti, i dottori Martuscelli e Prota. Quest'ultimo, che ha pure il merito di aver fatta pel primo la giusta diagnosi nel 4.° caso della serie, non solo mi ha efficacemente coadiuvato nella cura, ma ha con massima diligenza seguito il corso del morbo e redatte le relative storie cliniche. Il dottor Martuscelli, poi, con la sua nota competenza e grande amore ha espletato le relative ricerche istologiche ed ha fatto, con molta precisione, i rispettivi disegni; ond'è ch'io sento il dovere di registrare —nella redazione di questa monografia— il loro nome accanto al mio, ringraziandoli per la solerte cooperazione e facendo sapere a chi legge la parte che spetta a coloro che con me collaborarono.

Per non smembrare il lavoro e distrarre l'attenzione, io, quindi, ho voluto coordinare le individuali ricerche in un insieme uniforme, e perciò nelle tre storie che si sono potuto redigere con precisione e che saranno or ora narrate, ho compreso i risultamenti tanto importanti delle indagini microscopiche.

***

Storia I — 8° caso della serie

Coletta Filippo, di anni 50, nativo di Chieti, ammogliato, stalliere, di debole costituzione, venne a consultarmi nel Dispensario dell'Ospedale Clinico il 3 gennaio corrente anno, a causa di una rilevante raucedine, una semi-afonia che, secondo lui, datava da 4 mesi.

L'esame laringoscopico faceva vedere (v. tav. I. fig. 1.ª) una escrescenza quanto un cece, rotonda, rossa, a superficie villosa, sessile, verso l'attacco posteriore della corda sinistra, la quale era un pò escavata verso il centro, in corrispondenza del suo margine libero, leggermente arrossita nel resto della superficie. Il tumoretto, in una parola, aveva l'aspetto di un papilloma.

L'infermo spontaneamente soggiunse subito che egli era sifilitico, che avea praticato e stava tuttora praticando delle iniezioni di sublimato, ma senza vantaggio della voce, ed in comprova della sua asserzione si scoprì le gambe, per mostrarci quello che dal medico curante era stato creduto un sifiloderma e che avea data anteriore all'affezione laringea.

Sul terzo inferiore delle due gambe, infatti, si vedevano disseminati varii noduli, più o meno rilevati, taluni rotondi, altri irregolari, bene pigmentati, caratteristici del sarcoma multiplo

emorragico. La nostra diagnosi ebbe l'autorevole conferma del prof. De Amicis, che accolse nella sua Clinica l'infermo.

L'esame della pelle svelava così l'inganno, ma nel contempo faceva balenare alla mente la possibilità che la vegetazione laringea potesse essere della stessa natura, sospetto avvalorato dalla non comune sede d'impianto. La quistione doveva essere dilucidata dall'esame microscopico, perchè poteva benissimo darsi che, indipendentemente dalla sarcomatosi cutanea, si fosse svolto nella laringe un tumore di altra indole. Perciò mi affrettai a demolire la piccola neoplasia che affidai al dottor Martuscelli.

Riuscii ad asportare, in due volte, quasi tutta la porzione sporgente della vegetazione; la voce migliorò molto e subito, ma mi accorsi pure che la base d'impianto era larga, infiltrata, ed invero, nell'ulteriore decorso, ho dovuto decidermi a raschiare profondamente, perchè la voce si abbassava di nuovo e dalla superficie inferiore della corda il neoplasma tendeva a ripullulare.

Ne trascrivo in breve il reperto istologico e ne riproduco il disegno (v. tav. II. fig. 1.ª).

Le sezioni a microtomo hanno mostrato i seguenti particolari:

1) un rivestimento epiteliale pavimentoso stratificato, completo, nelle cellule del quale si osservano forme di mitosi;

2) uno stroma connettivale molle, il quale in corrispondenza dell'apice del tumore e direttamente sotto l'epitelio, presenta una fase iperplastica, riconoscibile dai molti elementi fuso-cellulari che vi si rinvengono.

3) varii capillari a pareti normali, tagliati in tutti i sensi; quelli più vicini al peduncolo sono attorniati da leucociti.

Il peduncolo è molto infiltrato da corpuscoli bianchi del sangue.

È facile vedere che codesto reperto se presenta le stesse difficoltà, agitate in generale a proposito dei sarcomi cutanei e di altre sedi, mentre esclude in modo assoluto il papilloma e fa pensare ad un fibroma, non contradice la possibilità di una ripetizione del processo cutaneo in laringe. Nè la struttura di questo tumoretto ricorda tipicamente quella dei più comuni polipi laringei. Io ho voluto presentare il preparato alla Clinica dermosifilopatica di Napoli, e dal professor Oro e dal dottor Reale, coadiutori, che anche essi, sotto la direzione del prof. De Amicis, si sono molto occupati della sarcomatosi cutanea, ho concordemente saputo che erano appunto di questo parere. Se

le parvenze istologiche sono mutabili, soprattutto per ragioni di età di una neoplasia quando la cute è interessata, bisogna pure aspettarsi, nelle mucose e nei primi stadii del male, differenze compatibili con la natura di questo.

Come si potrà rilevare dalla fig. 2ª della tavola II, il reperto istologico di un nodulo tolto dalla gamba dello stesso infermo, (nodulo di età maggiore di quello endo-laringeo) è più dimostrativo del sarcoma, nel senso che si veggono tutte le vie linfatiche zaffate da elementi neoplastici, rotondi, globosi, con nucleo vescicolare; e paragonati a quelli di infiltrazione leucocitaria, risaltano di molto differenti per grandezza, misurando circa il doppio del volume. Inoltre, tra i numerosi elementi rotondi, ve n'ha pure alcuni fuso-cellulari; nulla rimane del lume vasale, sì forte è il loro addensamento.

Ciò per quanto riguarda i linfatici siti immediatamente al disotto dell'epitelio, che è integro: più giù, verso il corion, si notano, invece, dei nodi neoplastici, più o meno delimitati, la struttura dei quali è caratteristica del sarcoma fascicolato.

Per vero, si scorge una rete formata dallo insieme di elementi fuso-cellulari, variamente addensati; nelle maglie di questa rete vi sono elementi, a prima vista, rotondi; ma è facile ravvisare, invece, che sono cellule fusate, le quali si presentano sezionate trasversalmente a differente livello del loro corpo nucleare o protoplasmatico: poichè alcune hanno nucleo, e questo mai eguale, anche fra due elementi simili; altre ne sono sprovviste e sono più piccole di quelle nucleate. Ciò dimostra che il taglio è caduto in uno dei due estremi della cellula, sprovvista del nucleo. Nel mezzo di questi noduli si trovano ancora dei vasellini sempre zaffati. Fra gli elementi neoplastici si rinvengono corpuscoli di pigmento ematico, dovuto a stravasi di sangue, di cui rimangono come ultimo vestigio.

Tutto, dunque, porta a credere che, in questo caso, la vegetazione endo-laringea, in un ulteriore periodo, avrebbe rivestito caratteri più dimostrativi, e per noi, quindi, è logicamente a considerarsi come legittima complicanza interna della sarcomatosi tegumentaria.

Non abbiamo potuto seguire l'ulteriore decorso, poichè l'infermo, uscito dall'Ospedale, ha rimpatriato; ma abbiamo ricordato di già che la sede insolita aprì la nostra mente ad ulteriori investigazioni e che una scrupolosa manovra endo-laringea ci fece accorti che non avevamo a fare con uno dei soliti polipi, nettamente peduncolati, bensì con una infiltrazione neoplastica estesa e profonda.

Così stando le cose, è innegabile, per altro, che il pregio di questa osservazione, la quale ci schiuse davanti un nuovo campo di indagini, sta appunto nei valevoli sussidi forniti dall' esame della pelle: una controprova delle considerazioni che io faceva intorno al significato ed all'importanza delle specialità in medicina. Vi sono, quindi, dei casi nei quali il laringologo deve saper riconoscere una lesione cutanea, e se non lo sa fare, egli non deve dimenticare il rapporto fra certe malattie laringee e talune affezioni cutanee, per interrogare opportunamente un collega competente in dermatologia.

Questa osservazione, cioè, conferma luminosamente che gli specialisti hanno il dovere di essere medici, e che le diverse specialità acquistano valore e non demerito, dal sussidio che reciprocamente si portano; il che vuol dire che i limiti, convenzionalmente imposti dalla necessità di uno studio completo su di una data materia, sono suscettibili, all'occasione, di allargarsi, per l'intero e vasto perimetro che abbraccia le diverse branche del medico sapere, e che questi limiti, se servono a circoscrivere lo studio di una data branca, non devono servire a stringere in un cerchio di ferro colui che la coltiva.

Essa prova, poi, che alla conoscenza del vero si arriva per gradi, procedendo dal noto all' ignoto, e per vero se i risultamenti dell'esame istologico furono discutibili in codesta osservazione, essi cedono il posto ad un responso apodittico nelle due seguenti che ci affrettiamo a riprodurre.

II Storia — 4° caso della serie

Il giorno 9 maggio u. s. si presentò al nostro Ambulatorio il carrettiere Crispino Giacomo, di anni 78, da Cardito, per cercare compenso ad una grave disfagia, che da varii mesi lo molestava.

L'esame laringoscopico ci fè notare: l' epiglottide appianata ed abbassata sull' adito laringeo; sul bordo libero, più verso destra, un grosso tumore (v. tav. I, fig. 2a), quanto una noce, sebbene di forma rotonda più che ovale, di colorito roseo, a superficie ineguale, con vasellini varicosi, distintamente visibili. La neoplasia, quantunque mostrasse un largo impianto, era mobile così da oltrepassare il livello della base della lingua nelle forti espirazioni. Nella calma respirazione e nell' inspirazione, cadeva verso l'adito esofageo, sicchè se ne vedeva una parte soltanto e premeva la epiglottide contro l'adito.

La cavità laringea, nascosta dalla grossa massa, non si poteva

esplorare: a stento si riesciva a vedere i movimenti dell'aritenoide sinistra.

La voce è buona, ma bassa, gutturale, come in infermi che portano voluminosi tumori nell'istmo delle fauci.

Quello che tormenta l'infermo e lo ha potentemente denutrito, è la disfagia, così accentuata, che soltanto i liquidi, ed a stento, passano.

Egli assicura che tali molestie datavano dal mese di luglio dello scorso anno 1898, e le rassomigliava, nel suo gergo, alla sensazione di una *pillola* fermata in gola. Tale sensazione era andata gradatamente, sebbene lentamente crescendo, in modo da avere, ora, a permanenza, quella di un corpo estraneo soffermato nella gola.

La diagnosi di tumore a rapida evoluzione (probabile sarcoma della epiglottide) sembra la più accettabile, ed il dottor Prota è incaricato di seguirne il decorso e studiarne le fasi.

Fu appunto nel riesaminare l'ammalato, assieme al dottore Ajello, che quegli portò la sua attenzione su certe lesioni sul dorso delle mani e degli avambracci.

Erano zone cutanee di colorito rosso-bruno più o meno fosco, formate da noduli di consistenza dura, isolati od aggruppati, a chiazze più o meno estese. Identiche lesioni esistevano sul dorso dei piedi. In breve, le note classiche del *sarcoma idiopatico emorragico della cute.*

L'infermo, uomo di valida costituzione fisica, aitante della persona, non ha avuto, per lo passato, malattie di seria importanza. Nella giovane età si contagiò di blenorragia e di ulcera unica, seguita da adenite non suppurata, dopo la quale, però, non ebbe manifestazioni cutanee, nè alopecia, nè dolori.

Il padre morì nell'età di 80 anni, la madre di cholera (1848).

Ha moglie vivente e sana, che non è mai abortita, con la quale procreò un sol figlio, il quale morì in tenera età.

Otto anni fa, si accorse di un tumore alle mani, indolente, senza febbre. Poi incominciarono a comparire sulla cute del dorso delle mani macchie di colore rosso-violaceo, e gradatamente andarono formandosi quà, e là, sulle macchie e fuori di esse, dei noduli dello stesso colore.

Dal dorso delle mani l'affezione si estese alle regioni palmari e vi persistette, ma in minor grado.

Quattro anni addietro si manifestò un gonfiore ai piedi, e per il cammino e per l'irritazione meccanica delle scarpe, si formò un ascesso, che fu vuotato da un chirurgo. Dopo, comparvero macchie e noduli sui piedi e sulle gambe.

Da due anni le macchie ed i noduli sono comparsi pure sugli avambracci.

Sul dorso delle mani, in vicinanza del polso e sulle gambe, per una grande estensione, si notano chiazze di eczema essudante, con ragadi, mentre sui piedi esiste uno stato d'ipercheratosi.

Qualche chiazza isolata si vede nella regione sacro-coccigea e sulla cresta iliaca destra.

L'ammalato assicura che le lesioni cutanee hanno avuto un decorso ascendente, cioè che dalla estremità degli arti sono progredite in alto; esse sono indolenti e, relativamente allo sviluppo, vanno decrescendo in estensione dagli arti in sopra.

Vi sono gangli multipli atrofici nelle regioni inguinali e laterocervicali.

Per codeste lesioni cutanee, il Crispino venne ricoverato nel marzo 1898 nella Clinica del prof. De Amicis che fece diagnosi di *sarcoma multiplo idiopatico emorragico* negli art,i ed al quale siamo debitori di molti dettagli di questa storia tolti dall' Archivio della Clinica dermosifilopatica. Dalla quale uscì nel maggio seguente. Dopo un paio di mesi ricominciarono i dolori alla gola, ma solo dopo 10 mesi, cioè quando la disfagia era tanto cresciuta, si decise a consultarci.

Ammaestrati dai casi precedenti, richiamata l'attenzione sulle manifestazioni cutanee, il nesso fra questo ed il tumore laringeo ci balenò subito alla mente, sebbene la grossa mole del tumore, che per la prima fiata cadeva sotto la nostra osservazione, ci facesse temere una còmplicanza estranea.

Intanto urgeva un attivo intervento per non vedere morire d'inedia quello sventurato, e si decise, a qualunque costo demolire, per le vie naturali, tutta o buona parte della neoplasia,

Il 15 maggio, previa anestesia cocainica e coadiuvato dai dottori Prota ed Ajello, tentai sulla guida dello specchio ed una robusta pinza Mackenzie, di asportarne un pezzo; ma stretta la massa fra le branche dell'istrumento, sopraggiunse tale emorragia, che stimai prudente consiglio soprassedere.

Sedata l'emorragia col ghiaccio e coi soliti mezzi emostatici, si congedò l'infermo, raccomandandogli di tornare fra otto giorni.

Quella seconda volta fui più fortunato, poichè, dopo aver cocainizzato, mi convinsi che sarebbe stato meglio abbrancare il tumore con l'ansa, guidato non dallo specchio laringeo, ma da un autoscopio.

Con la spatola di Kirstein, deprimendo forte e tirando avanti

a base della lingua, riuscii a vedere bene il tumore, che, nei movimenti di forzata espirazione, risaliva in alto; munitomi quindi dell'ansa fredda, quella che il Baratoux propose per i polipi nasali (un' ansa che si allarga a piacere sulla guida di due branche di una comune pinza) riuscii, profittando dei movimenti di ascensione del tumore, in un baleno, a circondarlo del tutto; ma quando ravvicinai le branche e strinsi l'ansa, incontrai una resistenza invincibile e non provocai che emorragia.

Mi fermai un poco, cocainizzai di nuovo e sempre profittando, come un cacciatore, del momento favorevole, con una robusta ansa di Wilde, arrivai a circondare il lobo superiore del tumore, ed allora stringendo a gradi e senza forza, potetti enucleare per intero la neoplasia, quasi sgusciandola dal suo impianto. L'aspetto ed il volume sono fedelmente riprodotti nella fig. 4.ª della tav. I.

L'emorragia fu più che mediocre, il sollievo immenso, miracoloso: respirazione, voce, deglutizione si ripristinarono come per incanto, l'infermo, esaltato, non credeva a tanto successo.

L'esame laringoscopico ci fè vedere a chiare note che il tumore s'impiantava sul margine libero dell'epiglottide, tendendo a lateralizzarsi verso destra. Cavità laringea normale ed ampia, corde vocali bianche, mobili, trachea libera.

La miglioria prosegue; dopo pochi giorni l'infermo sembra rifatto, cammina più spedito, è colorito, mangia benissimo e lautamente.

Il margine libero dell' epiglottide sembra appena ispessito, coverto come da uno strato epiteliale bianchiccio.

Sino a questo momento (ottobre 1899) nessuna traccia di riproduzione.

Poche volte attendemmo con tanta ansia il responso microscopico che il dottor Martuscelli non tardò a comunicarci.

Ed eccolo integralmente.

Il tumore (v. tav. III fig. 1.ª) presenta un rivestimento fatto da grosso epitelio pavimentoso stratificato, il che si concilia perfettamente col punto di impianto sul margine libero della epiglottide.

Al di sotto di questo rivestimento, che non presenta alcun particolare rilevante, si notano, nel derma, varie lacune linfatiche, più o meno grandi, oltre a spazii venosi piuttosto considerevoli. Dippiù vi sono parecchi stravasi di sangue, irregolarmente diffuso nel tessuto, ed in alcuni punti rappresentati dall' accumulo di granuli di pigmento ematico.

Tutto il resto del preparato è costituito da fasci formati da

cellule fusiformi, spessi e numerosi, addensati fra loro enormemente in alcuni punti, che racchiudono piccoli vasellini neoformati.

L'abbondanza delle cellule fusate, le quali costituiscono l'elemento di maggior dignità contenuto in maggior numero nelle sezioni del tumore, fa ascrivere questo tra i fibro-sarcomi. Non si puo dire, però, telangettasico, pur tenuto conto delle lacune vasali già notate.

Codesto responso non ammettendo dubbi sulla diagnosi istologica, confermava a puntino le nostre previsioni: di fronte ad un grosso tumore che si svolgeva insieme a lesioni cutanee mature, era lecito sperare che l'esame di qualche nodulo della pelle ci facesse constatare apoditticamente la identità delle lesioni.

Dopo pazienti ricerche, nella *palma della mano destra* rinvenimmo un nodulo quanto un grosso pisello, bilobato, rilevato in modo che si poteva bene enucleare. Il dottor Prota vi spese tutta la sua diligenza e vi riuscì a meraviglia.

Gli studii del Martuscelli confermarono a puntino che fra la struttura del nodulo cutaneo e quella del tumore laringeo vi era la massima analogia: fibro-sarcoma l'uno, fibro-sarcoma l'altro, e così conquistammo la prima osservazione che matematicamente dimostra la proposizione da noi enunciata.

Cedo la parola al Martuscelli.

Le varie sezioni microscopiche mostrano una identità di struttura, evidentissima, fra quella del tumore della epiglottide e il presente nodulo. Infatti (v. tav. III. fig. 2ª), sotto l'epitelio vi sono numerose lacune vasali, alle quali segue , più giù, un tessuto ricco in elementi fuso-cellulari, che si incrociano in diverso senso. Queste cellule fusate e stivate fra loro, formano un nodulo circoscritto, dopo del quale viene un connettivo fibroso senza particolari importanti.

I preparati furono gentilmente controllati dal prof. Armanni il quale se ne interessò e ci degnò del suo autorevole parere, favorevole per tutti, e specialmente per quelli relativi all'ultima osservazione, quella che segue, una delle più fortunate evenienze che tanto raramente ci compensano dell'aspettativa e dei disinganni.

Perchè, quasi contemporaneamente al Crispino, io ebbi agio d'imbattermi in un'altro caso prezioso, la storia del quale sento il dovere di raccontare per esteso.

III Storia — 5° caso della serie

Cardone Giuseppe, proprietario, da Salve (Prov. di Lecce), viene a consultarmi il giorno 11 maggio u. s., per disturbi della voce e della respirazione.

Individuo di robusta costituzione fisica, di anni 48, ammogliato, dice che da bambino è andato soggetto a frequenti forme catarrali delle prime vie respiratorie e ad affanno, che tuttora persiste.

Non ha avuto, pel passato, malattie degne di nota; solamente ricorda sintomi varii riferibili alla gotta e che la madre morì per carcinoma della mammella, in età di 80 anni.

Persistendo i disturbi laringei ed essendo sopraggiunta una raucedine, che per tre mesi è rimasta immutata, l'infermo decise venire in Napoli.

All'esame laringoscopico noto quanto appresso: dalla metà destra della laringe si vede partire una voluminosa massa neoplastica che arriva sino a livello della plica ari-epiglottica di destra, come una grossa mora, di colorito rosso, con qualche punto bianco-argentino. È mobile, spostabile in alto e nasconde quasi tutta la glottide (v. tav. I. fig. 3.ª).

Il tumore sembra che debba partire dall'aritenoide destra, poichè è ad esso attaccato, o dalla corda omonima.

Vi è lieve disfonia, nel senso che la voce, debole, ha timbro gutturale; la dispnea è abbastanza marcata e si accentua se lo infermo si agita o si muove. Egli assicura che 40 giorni prima che fossero aumentati i disturbi laringei, sotto gli sforzi della tosse cacciò una massa carnosa, compatta, simile ad un fagiuolo.

Vi è catarro naso-faringeo, con prolasso dell'ugola.

L'ammalato stesso richiamò l'attenzione su certi noduli alla mano sinistra, che egli credeva fossero tofi, e che io riconobbi subito per sarcoma cutaneo pigmentato emorragico.

Allora stesso mi balenò l'idea che anche il tumore laringeo fosse un sarcoma, e raccomandai l'asportazione per le vie naturali.

Volli, però, che la diagnosi della lesione cutanea fosse controllata dal prof. De Amicis, il quale divise interamente il mio giudizio diagnostico.

In via di esperimento si raccomandarono le iniezioni ipodermiche di liquore arsenicale del Fowler, perchè il Cardone, spaventato all'idea di una operazione, malgrado le mie esplicite dichiarazioni, rifiutò, pel momento, l'asportazione e se ne ritornò a Salve.

Dopo circa 18 giorni, però, incominciarono gli accessi dispnoici a rivestire carattere allarmante, tanto che l'infermo vistosi a mal partito, mi telegrafò il 29 maggio u. s., perchè subito mi fossi recato da lui, non essendo in condizione di muoversi.

Il 30 maggio trovai l'infermo, sebbene calmo, impaurito dai pericoli corsi, che gli egregi curanti, i dottori Pedaci e Cassiano, mi descrissero come reali e veramente minacciosi.

Il tumore, all'esame laringoscopico, mi sembrò cresciuto di volume ed anche più mobile, sicchè lì, lì, io interpretai il tumultuario decorso, dopo tanto tempo di tolleranza, per una aspirazione della voluminosa massa fra le labbra glottiche, nelle profonde inspirazioni.

Questa volta non v'era tempo da perdere; nè l'infermo, nè i colleghi, nè io dissentivamo, e senza dissimularmi il rischio che correvo, decisi la demolizione per le vie naturali, preparato alla tracheotomia.

Fu audace, ma soddisfacente tentativo il mio: con le pinze Koenig e Mackenzie, con raschiatoi di varie dimensioni, in mezzo a gravi accessi ortopnoici, riuscii ad asportare, in ripetuti attacchi, la maggior parte della neoplasia che si frangeva, sanguinava e sembrava sempre maggiore di quanto si pensasse.

Quando vidi spazio sufficiente, mi decisi ad introdurre un grosso tubo di O' Dwyer.

Ma, dopo pochi minuti, il tubo venne cacciato: la respirazione era calma e del tumore non rimaneva che un'ultima parte attaccata all'aritenoide destra. Lasciai, così, l'infermo, fuori ogni pericolo, e gli raccomandai di venire a vedermi in Napoli appena si fosse ristorato.

Il 9 giugno ebbi agio di constatare, nel mio Gabinetto, che anche quel residuo si era ridotto di volume, sicchè la glottide si vedeva in tutta la sua ampiezza e chiaramente risultava che il tumore partiva dalla superficie anteriore dell'aritenoide destra, un po' anche dalla vera corda sottostante.

Quello che restava della primitiva massa rassomigliava ad una mezza ciliegia, impiantata a larga base sulla suddetta regione aritenoidea, di coloro rosso-oscuro intenso.

Cominciai, di nuovo, il lavorio di demolizione per le vie naturali, ma per riuscire meglio dovetti ricorrere al doppio raschiatoio tagliente di Heryng, che mi servì splendidamente.

Dopo un altro mese, l'infermo, chiamato da urgenti affari in patria, volle andarsene, promettendo tornare. Ed io annuii volentieri, sia perchè non rimaneva del tumore che un nodulo

quanto un cece, sia perchè questo accennava a subire una fase involutiva.

I professori Cardarelli e De Amicis, ai quali presentai l'infermo, fecero plauso a quanto io avea fatto e raccomandarono di continuare, per via interna, l'uso del liquore arsenicale del Fowler.

Dopo circa 20 giorni (fine luglio) ho riveduto l'infermo, migliorato nelle condizioni generali e locali, tanto che la corda destra si avvicina al normale: persiste il nodulo aritenoideo residuale, sebbene in fase involutiva.

Qui termina la storia clinica: la narrazione dei risultamenti degli studii microscopici, fatti dal Martuscelli, mi pare non meno interessante; essa riflette il tumore laringeo ed un nodulo cutaneo, asportato con la legatura da un dito del piede destro dell'infermo, un bel tumoretto, peduncolato e bene pigmentato, che ci servì mirabilmente come controllo.

Esame microscopico. — L'uniformità di struttura del tumore laringeo e del nodulo al piede è tale da permettere una sola descrizione.

Come si rileva dalla fig. 1ª della tavola IV. le varie sezioni fanno vedere una innumerevole quantità di elementi fuso-cellulari; alcuni decorrono longitudinalmente, formando una specie di reticolo, mentre altri si presentano tagliati in senso trasversale e riempono gli spazii esistenti tra le maglie di questa rete.

La diagnosi di sarcoma fascicolato s'impone da sè, identica per i neoplasmi di quella doppia sede, e non rimane che notare un particolare riferibile al nodulo del piede, cioè una fine capsula connettivale che lo circonda (v. tav. IV. fig. 2ª).

Sicchè con un favorevole crescendo il microscopio è venuto a confermare, con successive ricerche, le previsioni cliniche che, in base alle semplici osservazioni dei fatti, io aveva intuito.



Gli ammaestramenti che scaturiscono da questi studii clinici ed istologici a me sembrano nè pochi, nè disprezzabili.

Obbligato, per la novità dell'argomento e per la necessità di controllo da parte di chi legge, ad una certa prolissità, mi pare più acconcio in fin dell' opera, formulare sotto forma di conclusioni, i postulati ai quali giunsi e sottoporli al giudizio dei colleghi.

1) Esiste, realmente, fra sarcomi multipli idiopatici emorragici della cute e sarcomi endo laringei, un nesso, clinicamente indiscutibile (tutte le 5 osservazioni), il quale diventa sempre più probabile, grazie al reperto istologico in alcuni casi (osserv. 3ª), ed è dimostrativo in altri (osserv. 4ª e 5ª).

2) È a prevedere che codesti rapporti fra forme cutanee e laringee siano più freqnenti di quello che sembri da queste poche osservazioni (1), sia: *a*) perchè la diagnosi del sarcoma cutaneo non si fa sempre e da tutti; *b*) sia perchè, sino al presente, non si era pensato a codesto rapporto; *c*) sia, infine, perchè lesioni laringee, in caso di sarcomi idiopatici della pelle, possono esistere senza notevoli disturbi funzionali, o questi si riportano ad altre cause (osserv. 5ª).

3) L'esame della pelle, in virtù di queste considerazioni, va *sistematicamente* fatto in tutti i casi di tumori endo-laringei, come va fatta *sistematicamente* la esplorazione laringoscopica nei casi di sarcoma cutaneo.

Nella prima evenienza, la diagnosi in natura del tumore laringeo è meglio assicurata; nella seconda, si potrebbero scoprire lesioni laringee non sospettate.

4) Le complicanze endo-laringee della sarcomatosi cutanea possono rivestire due tipi: la forma infiltrata e quella di veri tumori: questi ultimi, talora, raggiungono colossali dimensioni (osserv. 4ª e 5ª).

5) Codeste complicanze si verificano a decorso innoltrato della malattia cutanea, ma, qualche fiata, sono anche precoci (osserv. 5ª).

6) Mentre nei comuni neoplasmi laringei, la sede prediletta è rappresentata dalla regione anteriore delle corde (superficie superiore ed inferiore, margini liberi), nei casi di sarcomi colpisce la singolarità della sede: attacco posteriore delle corde, aritenoidi, margine libero della epiglottide, tratto ipoglottico.

(Non è facile tracciarne le ragioni; certamente la struttura della regione ove il neoplasma si svolge deve avervi parte non

---

(1) Fino a questo momento conto 601 caso di tumori laringei, fra i quali figurano 3 sole osservazioni di veri neoplasmi (sarcomi) congiunti al *sarcoide* cutaneo di Kaposi.

dispregevole, ma è questo uno studio che dev'essere continuato e forse lo sarà proficuamente).

7) Le localizzazioni laringee costituiscono, nella sarcomatosi cutanea, altri pericoli: la disfagia estrema (osserv. 4ª) o la laringo stenosi (osserv. 1ª 2ª e 5ª).

Sinora, questi da noi rilevati, sono pericoli di carattere *meccanico*, non già inerenti all' indole, non benigna, di codesti tumori.

8) Il decorso dei sarcomi laringei complicanti quello cutaneo può esser lento e relativamente benigno, se sono assenti i pericoli di carattere meccanico testè notati. La rimozione per le vie naturali può riuscire completamente, anche nei grossi tumori (osserv. 4ª e 5ª).

9) Da questo punto di vista, una operazione per le vie naturali (sempre che è possibile praticarla) è commendevole, fosse anco in linea sintomatica, e tanto maggiormente, quanto più precoce è la complicanza endo-laringea (osserv. 5ª).

10) Se è vero, poi, che pochi, ma dimostrativi esempi provano che la precoce asportazione di noduli cutanei incipienti può fruttare, almeno *in loco*, la guarigione, non sarebbe illogico immaginare che la precoce rimozione del focolajo morboso laringeo possa scongiurare i pericoli della stenosi, cui tende fatalmente, come si rileva dalle osservazioni 1ª 2ª e 5ª, la sarcomatosi multipla, laringo-stenosi che può accentuarsi ed uccidere prima che si dichiari il periodo necrobiotico.

La 4ª e la 5ª osservazione, con un pò di ottimismo, ci potrebbero fare andare anche oltre nelle illazioni, se il tempo trascorso non fosse così breve: certo è che i risultamenti ai quali siamo pervenuti, tanto superiori alle nostre aspettative e tanto opposte al responso microscopico, autorizzano sempre più, in *certi casi* ed in *certe circostanze*, ad un intervento per le vie naturali.

11) Queste localizzazioni laringee, nonchè le altre già notate negli organi interni, provano che la sarcomatosi cutanea idiopatica (forma multipla emorragica) più che un processo locale, rappresenta una malattia generale, la quale—nel modo di comportarsi—rievoca la probabilità di una forma infettiva (da speciali agenti) sino ad un certo punto paragonabile alla lepra od al lupus.

Si potrebbe, quindi, fondatamente parlare di una *sarcomatosi*,

come si parla di altre malattie che conservano il tipo di un granuloma infettivo (1).

12) La denominazione di *sarcoide*, proposta dal Kaposi, merita di esser conservata, perchè denota, con precisione, una forma attenuata.

13) È probabile che l'attenuazione tenga alla localizzazione nella cute e le mucose, come accade per la tubercolosi tegumentaria.

Nel nostro concetto, anzi, facendo proprie le giudiziose considerazioni del prof. De Amicis, ci sembra che il sarcoma multiplo idiopatico della cute (*sarcoide*), rappresenti, nelle sue localizzazioni nella pelle, quello stesso della tubercolosi (*lupus*); ciò che, senza mutarne l'indole, ne spiega le modalità.

Napoli, luglio 1899.

---

(1) Poichè poca fiducia potea riporsi nei risultati positivi di ricerche batteriologiche culturali, specialmente dopo gl'insuccessi lamentati dal dott. A. Reale (*v. Atti dell'XI Congresso Medico Internazionale*, Roma, 1894, Vol. V. pag. 135) ed a noi premeva utilizzare il materiale che possedevamo per sperimentare anche noi, decidemmo tentare le dirette inoculazioni su conigli. Seguendo le consuete norme antisettiche, il prof. V. de Giaxa, che gentilmente ne assunse il compito, introdusse in una saccoccia cutanea, nella parete addominale di un coniglio, una buona porzione del grosso tumore asportato dall'infermo Crispino, suturando, poscia, le labbra della incisione.

La inoculazione, dopo pochi giorni, fu seguita da prima da arrossimento nella zona corrispondente al punto d'inoculazione, e più tardi da profonda ed estesa ulcerazione, la quale condusse a morte l'animale, ma in seguito ad infezioni secondarie, non essendosi riscontrate lesioni caratteristiche.

In un altro coniglio, vennero inoculati varii brani del tumore appartenente all'infermo Cardone: dopo circa 1 $^1/_2$ mese avvenne la cicatrizzazione dell' ulcera.

Sagrificato l'animale, nulla di essenziale si rinvenne negli organi interni e l'esame istologico del punto inoculato ha mostrato un semplice ispessimento infiammatorio dei tessuti, sino al peritoneo.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

TAV. 1.ª FIG. 1.ª — Immagine laringoscopica della neoplasia dell'infermo **Coletta**.

« » 2.ª — Spaccato sagittale della laringe per mostrare i rapporti e lo impianto del grosso tumore appartenente all'infermo **Crispino**.

» » 3.ª — Immagine laringoscopica del caso **Cardone**.

» » 4.ª — Tumore dell'infermo **Crispino** ritratto a grandezza naturale.

TAV. 2.ª FIG. 1.ª — Struttura microscopica della neoplasia laringea dello infermo **Coletta**, vista in totalità (ingrand. Hart oc. 3. ob. 4).
a) fase iperplastica sotto-epiteliale
b) sezioni vasali
c) infiltrazione parvicellulare attorno ai capillari del peduncolo.

» » 2.ª — Nodulo della gamba.
a) parte neoplastica
b) pigmento ematico
c) glandola a gomitolo
d) capillari zaffati dalla neoplasia

TAV. 3.ª FIG. 1.ª — tumore laringeo dell'infermo **Crispino**.
a) epitelio pavimentoso a grosse cellule
b) lacune vasali
c) parte neoplastica

» » 2.ª — Nodulo della mano
a) lacune vasali
b) elemenli fuso cellulari sarcomatosi

TAV. 4.ª GIG. 1.ª — tumore laringeo dell'infermo **Cardone**, formato esclusivamente da fasci di elementi fuso-cellulari, intersecantisi in tutti i sensi.
a) vase
b) sottili trabecole tubercolari

» » 2.ª — Nodulo del piede
a) capsula connettivale
b) elementi sarcomatosi

Fig. 2



Fig. 1



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 1.

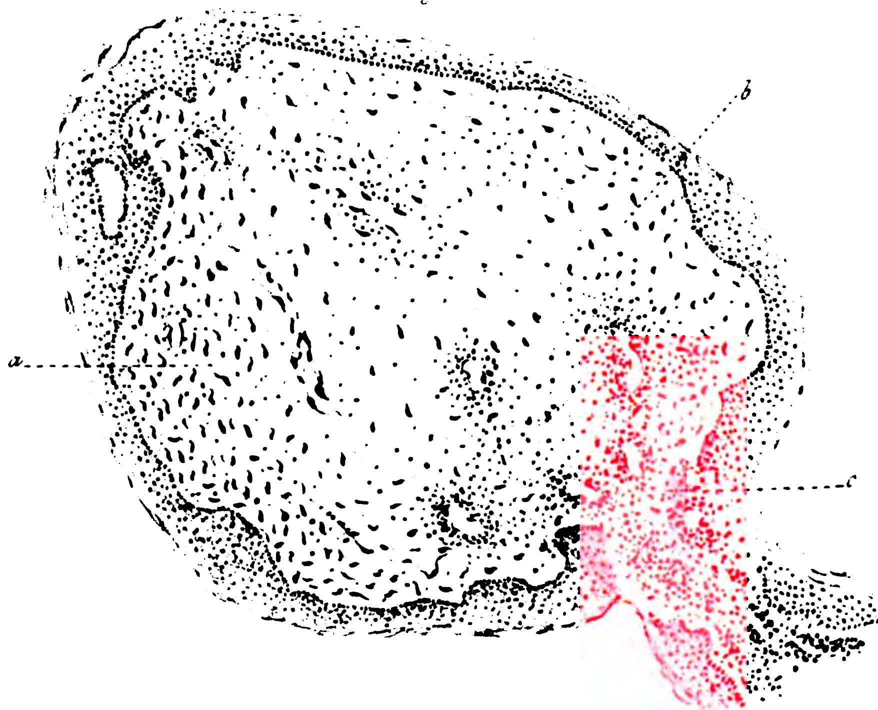
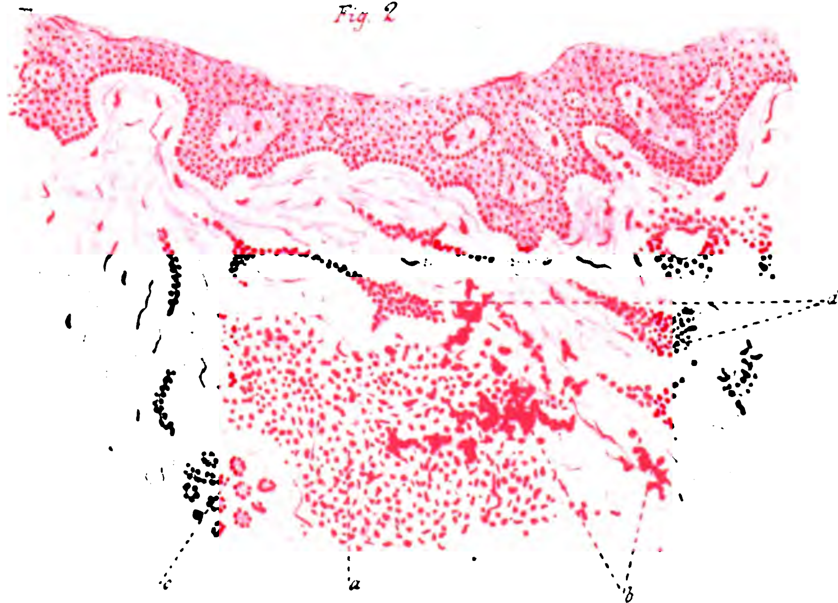
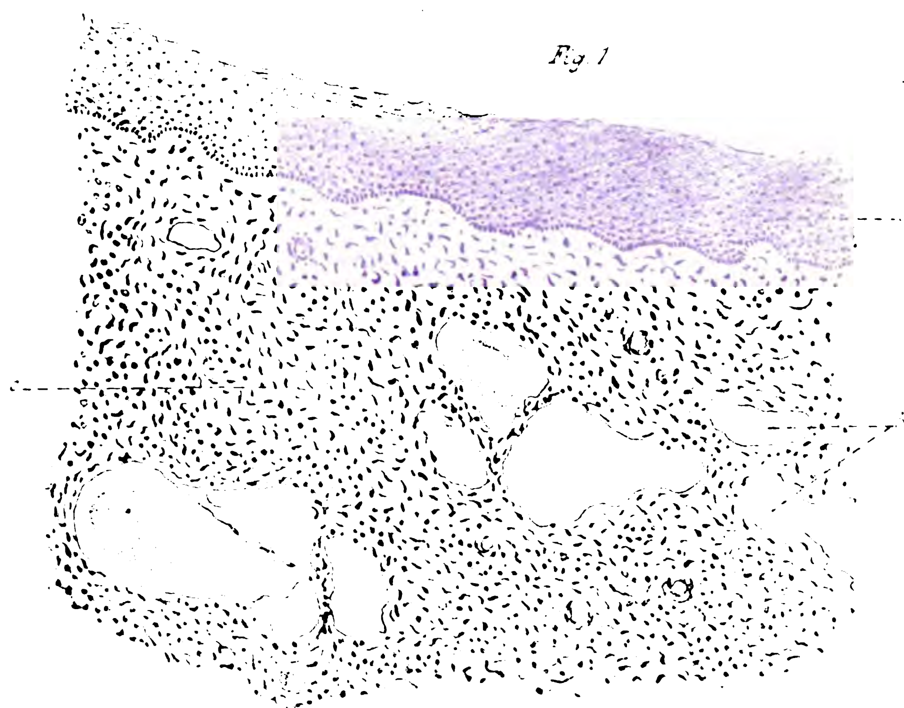


Fig. 2




Fig. 1
c

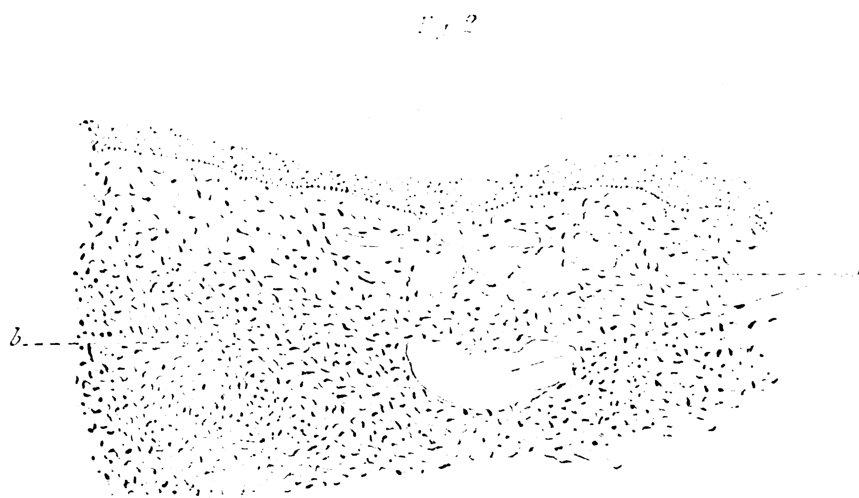

b

Fig 1.

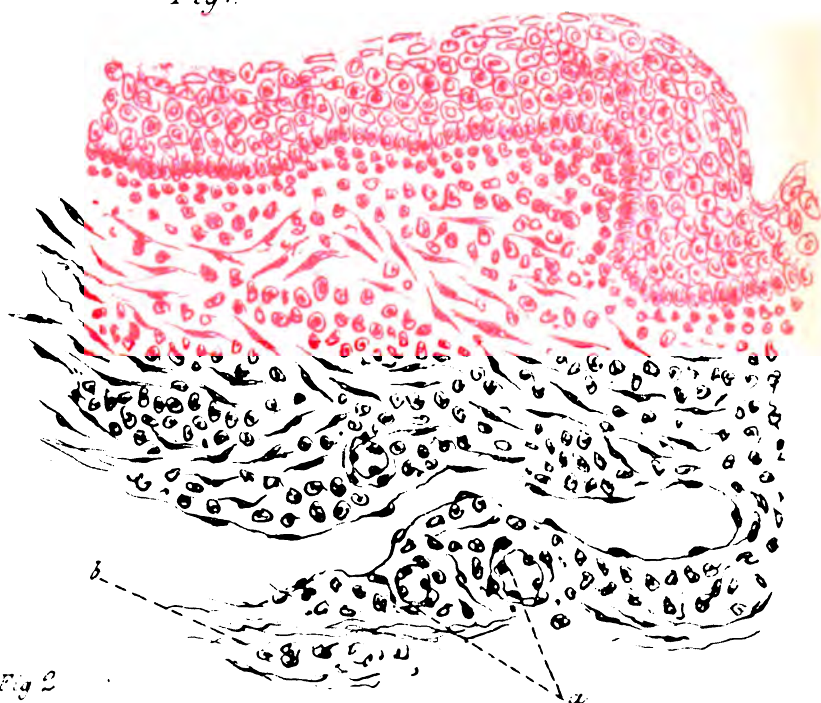
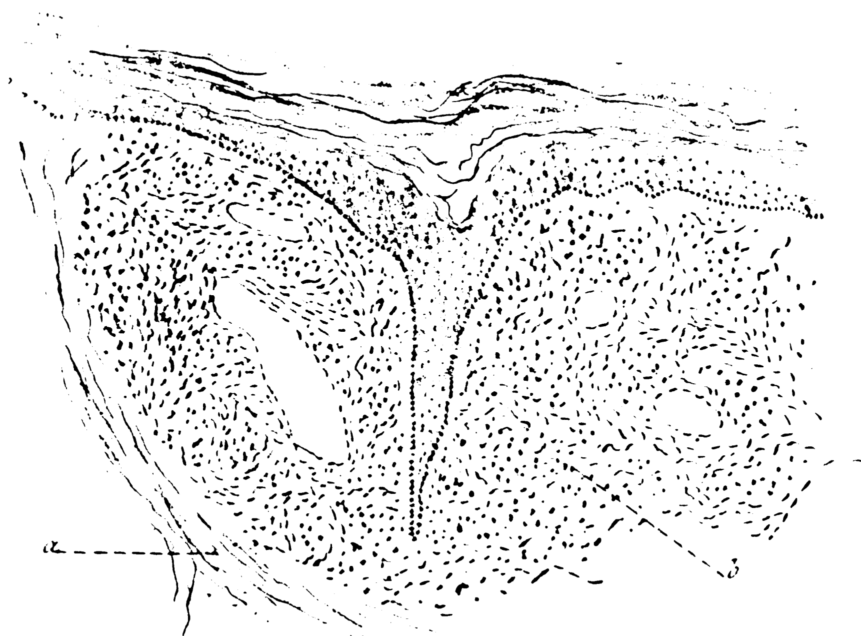


Fig 2.



RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

RUAULT DOTT. A.—*La difteria* (*Diphtérie*).

È la seconda edizione di un lavoro completo su questo argomento, che fa parte del « *Traité de Médécine* ».

E' un libro che non si può analizzare, ma si deve leggere ;—non si poteva desiderare di meglio, non si poteva dire di più.—Questo giudizio non meraviglia coloro che conoscono il Ruault, scrittore forbito e dotto, critico spassionato, clinico profondo : egli scrive in modo da dissipare tutte le difficoltà inerenti ad un dato argomento: nel trattarlo, lo fa proprio, e l'esposizione è così chiara e coordinata, che dai suoi scritti si apprende sempre molto, senza fatica e con diletto.

Ora quando si pensa alla trasformazione che il capitolo della difterite ha subito dopo la determinazione del bacillo difterico e dei suoi prodotti; quando si pensa al cammino trionfale che la terapia ha fatto soggiogando il terribile mostro, s' ha da convenire che merito principale del Ruault è stato quello di condensare, senza nulla sagrificare, le nuove conquiste, le nuove teorie, le novelle statistiche in non molte pagine e magistralmente.

Non si potrebbe desiderare di meglio, non si poteva dire di più:—quelli che vogliono sapere che cosa sia la difterite, leggano il libro del Ruault; quelli che vogliono scriverne, faranno meglio a tradurlo.

Con quanta sobrietà e quanto acume non è tracciato il paragrafo delle associazioni microbiche, questo baratro che ha tentato sconvolgere le menti e la dottrina fondamentale ? Con quanta chiarezza non sono discusse le varie forme di batterii riscontrate ed incolpate ?

Non si può riassumere un libro come questo: basta segnalarlo all'attenzione ed assegnargli il posto che merita.

E qui potrei chiudere la recensione, se non mi pesassero sulla coscienza due scrupoli, a proposiso del *crup*, questa localizzazione così bene esposta dal nostro autore.

È dal 1892 che il Ruault aveva parlato di un *crup latente*. Io, senza volerlo, gli ho rubato un *nome*, fortunatamente il nome soltanto, non la *cosa*, perchè l'aggiuntivo *latente* è servito ad entrambi (a lui prima di me) per denotare due cose distinte: al Ruault, per designare una forma *abortiva*, *sopra-glottica*, un *crup senza laringostenosi*, con *scarso essudato* nel

vestibolo; a me, per indicare una forma *insidiosa*, *sotto-glottica*, che dopo varii giorni esplode con i sintomi comuni della solita *stenosi*, con evidenti e voluminose false membrane.

Se il Ruault abbia più fondamento di me per sostenere l' adozione del nome, non spetta a me il dirlo, nè questo è il luogo. Io ho voluto mettere in luce questo punto unicamente per confessare che, pur essendomi sfuggito il crup latente di Ruault, ho insistito, senza saperlo, sullo *stesso nome*, per richiamare l'attenzione del pratico sopra altra forma, insidiosa e terribile.

Il crup *abortivo*, così come lo ha descritto il Ruault, sotto il nome di crup *latente*, per una strana coincidenza di idee lo avea pur io illustrato nel 1879 in un lavoretto che intitolai: « *a proposito di un caso di crup laringeo guarito* » e poi riprodussi in una raccolta di monografie edita dal Detken, nel 1881. « *Clinica delle malattie del tratto respiratorio* ».

Con ciò non intendo affacciare priorità, nè fare rivendicazioni: ho detto che la coscienza mi rimordeva; dopo questa franca dichiarazione, potrò lealmente stringere la mano, con ugnale affetto, al caro collega parigino.

Vengo, ora, ad un altro punto che ha pure tormentato l'animo mio; quello del parallelo fra *intubazione* e *tracheotomia*. Questo parallelo è fatto egualmente con mano maestra, ma, malgrado il proposito di una critica spassionata, il Ruault ha lasciato indietro alcuni punti rilevanti. Nel ripresentarglieli, non intendo fargli appunti: io sono tanto dichiarato fautore dell'intubazione nel crup, quanto egli lo è della tracheotomia; ma fui, un tempo, tenace contradditore, e questa è una carta di visita che fra colleghi può conciliarmi benevolenza.

Dunque vediamo.

1) se quello che il nostro autore dice delle statistiche le quali, dopo l'introduzione della sieroterapia, concordemente provano che la mortalità è discesa enormemente negl'intubati, come nei tracheotomizzati, niun dubbio che un piccolo beneficio si nota in favore della intubazione: sono le stesse cifre francesi che lo dicono (se non si vuol tenore conto delle statistiche americane, russe, tedesche ed italiane), e lo lascia indovinare il buon senso, quando si pensa ai grandi vantaggi dell'intubazione, perchè la respirazione si continua attraverso il naso e la bocca, e le infezioni secondarie sono men facili, non creandosi lesioni di continuo.

2) Ruault dice: a partire dal momento in cui la trachea è aperta, è più facile introdurre una cannula per la ferita, che un tubo per le vie naturali. E questa è considerazione giusta; ma per poter arrivare *serenamente* ad aprir la trachea, conviene che l'infermo, confidato al sanitario, sia in discrete condizioni: cioè che nè il male sia avvanzato per decorso, nè la stenosi minacci apnea; condizioni che permettono ad un novizio, in fatto di intubazione, tentativi meno pericolosi di quelli che descrive il Ruault. Che se il medico non è esperto in fatto di tracheotomia, egli

si troverà sempre nello stesso imbarazzo di colui che non sa fare la intubazione; il che prova soltanto questo: che se fino ad ora la tracheotomia sta nell' elenco delle operazioni che si eseguono negli esami di medicina operatoria, a partire da questo momento dovrebbe pure esservi compresa la intubazione.

Oltre a ciò, vi sono circostanze nelle quali, autorizzati ad intervenire, si è incalzati dal tempo e più che dal tempo dalle gravi condizioni della stenosi: quì è il caso d'invertire le parti: la intubazione più breve, come operazione, più pronta negli effetti, meno proclive a provocare uno *shock*, deve essere preferita, ed in questi casi *estremi* può essere coronata da maggiori successi che non la tracheotomia.

3) Quelli che io non so dividere sono i timori che il Ruault nutre per il caso di lungo soggiorno del tubo in laringe.

Innanzi tutto conviene riflettere che i casi di intubazione prolungata, ora, grazie al siero, non sono la regola; e se una cannula da tracheotomia oggi si può togliere dopo pochi giorni, in più breve tempo si potrà fare a meno del tubo. Questo è un vangelo: i casi di crup guariti con la tracheotomia sarebbero guariti lo stesso, anzi *più facilmente*, con l'intubazione; quelli nei quali la intubazione non risponde, *difficilmente* volgono a bene con la tracheotomia.

Non solo, quindi, il tempo durante il quale deve rimanere a posto il tubo endo-laringeo, o la cannula tracheale, dipende dalla *qualità* del caso (dal decorso avvanzato del processo, dalla estensione delle false membrane, dal trattamento attuato), ma nei casi di difficile ablazione della cannula tracheale gli è all'intubazione che si deve ricorrere. Ecco quello che ci ha lasciato come testamento il padre della intubazione, Giuseppe O' Dwyer!

Occupandosi, come egli solo sapeva farlo, dell' *intubazione prolungata* e delle sue cause, egli ha luminosamente provato, alla stregua dei fatti, che proporzionando bene il calibro dei tubi, modificando quelli in modo da evitare incrostazioni, così da poter restare innocentemente ed a lungo in laringe, non solo si scongiurano i pericoli del decubito, ma si riesce vittoriosi in casi disperati. Io vorrei che questo tenessero bene a mente tutti coloro che praticano intubazioni; non bisogna arrestarsi ai primi ostacoli e smettere il tubo laringeo per la cannula tracheale; bisogna saper lottare e vincere; il premio al lavoro, talora audace, sempre paziente, sta appunto nell'aver salvata non soltanto una vita, ma nell'aver tracciato in anticipo la linea della cura dilatatrice, che sarà indispensabile più tardi.

Con ciò io non voglio dire, e non l'ho mai detto o pensato, che la intubazione sostitusce in tutto e per tutto la tracheotomia; nè intendo negare che vi siano evenienze nelle quali si è costretti alla tracheotomia *obtorto collo*; ma mi piace accentuare l'indiscutibile superiorità della intubazione, quando è possibile risparmiare il taglio della trachea.

Vorrei che tutti coloro, familiari con la intubazione, si persuadessero che

l'eredità lasciataci dal grande pediatra americano nei suoi ultimi tubi di vulcanite con anima metallica, è troppo preziosa per noi perchè ci facessimo facilmente illudere da modifiche ingannatrici od inopportune. Questo per la storia e la verità.

4) Circa poi alla sorveglianza maggiore che reclama la intubazione, io non posso che ripetere quanto è stato già fatto rilevare spassionatamente dai più provetti operatori di tracheotomia : prima del siero, questa sorveglianza era reclamata anche nei tracheotomizzati, ed era tale da non costituire un affare di poco conto; dopo il siero, è ridotta ad un *minimum*. Così egualmente per l'intubazione; basti dire che la si preferisce oramai anche nella pratica privata, ed esclusivamente in questa l'ho sempre io fatta. Ma che sieno possibili degli incidenti, non so negarlo; epperò, se questi rappresentano una percentuale assai bassa, nè sono esclusivi all'operazione, nè valgano a farla posporre.

Conchiudo con una osservazione pratica che non ammette discussione: la intubazione oggidì ci vien richiesta con tanta maggior frequenza, quanto inesorabile era la esitanza con la quale, un tempo, i genitori ci autorizzavano alla tracheotomia. In 30 anni io ho praticato parecchie tracheotomie per crup e molte intubazioni, ma di queste ne ho fatte, in dieci anni, quasi il doppio di quante tracheotomie avea potuto eseguire nello spazio di venti anni! Perchè? E' superfluo rispondere: i fatti son lì, e queste considerazioni *storiche*, più che *critiche*, io ho creduto svolgere in omaggio al libro aureo scritto da uno dei più geniali ed abili laringologi francesi.

MASSEI

S. CLAIR THOMSON.—*Il liquido cerebro-spinale; la sua spontanea fuoriuscita dal naso. Con osservazioni sulla sua composizione e funzione nell'uomo* (*The cerebro-spinal fluid; its spontaneous escape from the nose. With observations on its composition and function in the human subject*).

Questo libro, edito, come tutti i libri inglesi, con un' appuntabile solerzia dalla ditta Cassel e C.ia, che ha esteso il suo commercio fra Londra, Parigi, Nuova York e Melbourne, fa molto onore al suo autore. E' una monografia completa, ispirata da un caso osservato da St. Clair Thomson, che interessa specialisti e generici, che si legge con piacere ed ammaestramento e nulla lascia a desiderare, rivelando la competenza dello scrittore e la pazienza con le quali sono state fatte le indagini. Perchè oltre all' analisi del liquido cerebro-spinale e ad osservazioni relative alla composizione e funzione del liquido cerebro-spinale, v'è la minuta storia di questa importante forma morbosa, la esatta descrizione del quadro clinico e larga esposizione diagnostica; ma soprattutto la relazione di altri 21 caso pubbli-

cati da varii autori, e bellamente divisi in quelli certi (9) e quelli dubbii (12), nonchè un ricordo di altri possibili esempii vagamente ricordati.

Ci limitiamo a questa sommaria descrizione dell'indice del libro, che non si può riassumere e che merita la massima diffusione. Costa cinque scellini.

MASSEI

LERMOYEZ dott. M.—*Pseudo-ostruzione nasale in una isterica* (*Pseudo-obstruction nasale chez une hystérique*).

L'osservazione si riassume agevolmente secondo i dati stessi dell'A.: una giovinetta, chiaramente isterica, tiene ostruito il naso da moltissimi anni per ipertrofia dei cornetti inferiori; interviene un atto chirurgico (turbinotomia), che rende alle fosse nasali la loro effettiva permeabilità; intanto l'inferma continua a trovarsi nell'impossibilità assoluta di utilizzare la respirazione nasale: ella non può soffiare, annasare, asciugarsi il naso, e quando, o realmente o simulatamente le si chiude la bocca, cade nella completa apnea e nell'asfissia.

L'A. fa entrare tale fatto nella classe delle *abolie motrici sistematiche-permanenti*, per quanto monosintomatica, cioè limitata ad nna sola funzione. Ammette che la sua ammalata ha dimenticato come deve respirare col naso: fatto curioso, perchè le abolie motrici colpiscono soprattutto gii atti volontarii intenzionali, e il respirare pel naso non è un atto di simil genere; tuttavia, se si considerano i particolari del caso, è evidente che si è creata una funzione nuova, forse giammai avuta, in ogni modo dimenticata, e che deve apprendersi ad utilizzarsi, come fanno i giovani adenoidi dopo l'operazione.

Ciò appunto egli ammette nella sua ammalata, con questa differenza che l'isteria ha reso impossibile il riattivamento della nuova funzione: l'*abolia* si è limitata a questo atto, giusta la regola che dice che la volontà degli isterici si mostra principalmente impotente ad eseguire degli atti muscolari nei quali vi sia qualche novità di movimenti.

In una parola, una osservazione interessante ed una interpretazione convincente, anche quando non ci si voglia approfondire nel concetto dell'abolia motrice degl'isterici, rispetto al disturbo osservato nel presente caso.

A. TRIFILETTI

LOTHROP dott. H. A. — *Anatomia e chirurgia dei seni frontali e delle cellule etmoidali anteriori* (*The anatomy and surgery of the frontal sinus and anterior ethmoidal cells*).

Le ottantanove tavole ricavate da splendide fotografie, che adornano questo importante libro, lo potrebbero designare al pubblico medico come uno dei

più belli *atlanti:* ma esso è pure un ottimo libro di testo, nel quale sono registrate cose precise e nuove intorno alla malattie dei seni frontali e delle cellule etmoidali, tanto interessanti e certe volte tanto difficili a riconoscersi.

Base di queste ricerche sono stati 125 cadaveri, ossia 250 seni frontali, 50 dei quali furono esaminati allo stato naturale e circa altri 50 privati delle parti molli. Sono stati fatti tagli sagittali, coronarii ed orizzontali, e per le fotografie si prescelsero i preparati meglio riusciti.

L'edizione è nitida ed elegante e noi sentiamo il dovere di rendere meritato plauso al dottore Lothrop.

MASSEI

KRIEG dott. R.—*Contributo clinico-statistico alla quistione per quale via la tubercolosi penetra nella laringe* (*Klinisch-statistischer Beitrag zur Frage auf welchem Wege die Tuberculose in den Kehlkopf eindringt*).

Per lo passato, finchè non era nota l'intima natura della tubercolosi pulmonale, e non ancora era stato inventato il laringoscopio, fu arzigogolata più di una ipotesi, circa il modo come la tubercolosi si fa strada nella laringe. Louis ammise che il secreto decomposto di caverne pulmonali *erodesse* ed ulcerasse la mucosa laringea. Questa ipotesi fu sostenuta per lungo tempo. Vero è che spesso furono accampate parecchie obbiezioni contro di essa. Fu fatto rilevare, che sovente si sviluppa la tubercolosi laringea senza che vi sia espettorato provveniente dal pulmone, e che viceversa in casi nei quali vi è abbondante secrezione da parte del pulmone, p. es. nella gangrena pulmonale, non è stata mai osservata la insorgenza di una lesione laringea. Alcuni autori fecero anche rilevare che l'esame necroscopico non sempre fa constatare che nell'inizio della tubercolosi laringea trattasi di una ulcera da erosione, giacchè spessissimo la prima fase del processo è costituita da una infiltrazione, indovata al di sotto della mucosa. Queste ed altre obbiezioni non furono, però, ben valutate.

Inoltre, anche più tardi, quando si ebbe una esatta conoscenza sulla intima natura della tubercolosi polmonale, e fu accertato che essa era una malattia infettiva bacillare, persistette, benchè modificata, la summentovata ipotesi circa il nesso fra la tubercolosi polmonale e quella laringea, perchè fu ammesso che i bacilli dell'espettorato provveniente dal pulmone, durante il soggiorno nella laringe, migrino nel tessuto di questa. Però, trascorso qualche tempo, codesta teoria della erosione fu scalzata da quella della inalazione, e fu ammesso che i bacilli penetrino nel corpo per la via dell'apparecchio respiratorio, e che si soffermino in minore o maggior numero nella laringe, e colà attizzino il processo tubercolare.

An he questa ipotesi restò, per qualche tempo, incontrastata nella scienza. Pertanto, a misura che l'istologia patologica progrediva, fu constatato che

il bacillo tubercolare non penetra sempre nel corpo per la via dell'apparecchio respiratorio, e che in moltissimi casi il processo esordisce in qualche altro organo, per es, nelle ossa delle estremità, e può rimanere quivi circoscritto per lungo tempo e perfino guarire, senza che si verifichi alcun impegno degli organi della respirazione. Alla stregua di queste nozioni, si dovette trarre la illazione che la teoria della inalazione non è sufficiente per spiegare queste tubercolosi puramente periferiche. Si cercò, quindi, di rintracciare, alla scorta delle ricerche cliniche ed istologiche, le altre vie di invasione del bacillo tubercolare, e fu accertato che esso può diffondersi per il tramite degli organi digerenti, della generazione, ed infine anche attraverso lesioni cutanee: fu rilevato, cioè, che in questi punti il bacillo tubercolare può avanzarsi, ed essere trasportato altrove per la via della corrente linfatica e sanguigna.

Sopra tutti questi fatti, oggi non può più cadere il menomo dubbio. Discrepanti sono, però, i pareri circa la *frequenza* con cui la tubercolosi sceglie questa o quell'altra via per la invasione; e le divergenze si accentuano non soltanto nel campo dei clinici, ma altresì degli anatomo-patologi.

Tralasciando di prendere in disamina tutte le questioni che si sono dibattute sopra tale argomento in quest' ultimo scorcio di tempo, Krieg si limita ad esaminare, sul fondamento delle osservazioni cliniche ed anatomiche, le vie di comunicazione esistenti fra il pulmone e la laringe, per accertare quella che più di frequente viene battuta nella diffusione del bacillo tubercolare da un organo all'altro.

Le vie per le quali la tubercolosi può migrare nella laringe, sono, secondo Krieg, le seguenti:

I. Da sopra in giù:

a) per il tratto superiore del canale respiratorio ed alimentare, e quindi soprattutto per inalazione;

b) per la corrente linfatica e sanguigna che va dal capo verso il collo.

II. Da sotto in sopra:

a) per il tratto inferiore del canale respiratorio, e quindi soprattutto mediante uno sputo bacillifero;

b) per la corrente linfatica e sanguigna, che si muove da sotto in sopra, specialmente dal pulmone tubercoloso in direzione della laringe.

I. Relativamente al primo modo di penetrazione del virus tubercolare nella laringe, e propriamente quello per inalazione, Krieg fa rilevare che innegabilmente, in un certo numero di casi, si verifica primariamente la tubercolosi laringea, alla quale più tardi segue la tubercolosi polmonale. Ciò è dimostrato non soltanto dalla osservazione clinica, ma anche dalle ricerche anatomo-patologiche. In fatti, Pogrebinski, Orth, E. Fraenkel e Demme hanno pubblicato casi, nei quali l'esame necroscopico

più accurato fece rilevare la tubercolosi laringea, laddove nel pulmone non vi era la benchè menoma traccia di una lesione tubercolare. Inoltre, Krieg fa rilevare che, non di rado, si ha occasione di osservare *de visu* codesta migrazione a tappe del processo tubercolare dalla pelle della faccia fino ai pulmoni, in forma di lupus delle mucose, ovvero di tumefazioni glandolari linfatiche a forma di corona.—Circa la *frequenza* della tubercolosi laringea primaria, non si può dire nulla di preciso. La Clinica non potendo, per ragioni facili a comprendersi, risolvere questo compito, lo ha affidato alla Anatomia patologica, la quale, alla sua volta, si dichiara incompetente ad assolverlo, perchè essa ha occasione di osservare quasi soltanto stadii terminali.

Quanto alla ipotesi della tubercolosi pulmonale « pleurogena » accampata da Pfeiffer — il quale crede che i bacilli dal volto si facciano strada lungo il sistema dei vasi linfatici del collo, e si avanzino ai pulmoni, passando per la pleura, che sta a livello degli apici, Krieg crede che, nello stato presente della scienza, nulla si può dire di preciso sul riguardo. Però, anche ammessa la esistenza di una tubercolosi pulmonale pleurogena, essa non sarebbe mai così frequente come Pfeiffer crede.

Riassumendo questa prima parte del lavoro, l' A. ritiene che, quantunque non si possa negare l'esistenza di una tubercolosi primaria da inalazione, certo è che, sul proposito, le idee espresse, dopo la scoverta del bacillo tubercolare, sono alquanto esagerate, rispetto alla frequenza che le si volle assegnare. Anche quando fosse dimostrato con la statistica alla mano che, nelle infezioni tubercolari predomina quella dei pulmoni, neppure questo dimostrerebbe, secondo Baumgarten, che i pu'moni sieno stati sempre inficiati per inalazione, giacchè potrebbe benissimo darsi, che il bacillo, da qualche altro punto, abbia invaso l'organo, ch'è la sua sede di predilezione.

II. Nel secondo gruppo di casi, cioè in quello nel quale i bacilli seguono un tragitto inverso (da sotto in sopra) troviamo due vie per le quali essi possono propagarsi: quella aerea (l' espettorato). e la via circolatoria (sanguigna e linfatica). Però, le opinioni degli autori su tale riguardo sono molto discrepanti Così, per es., mentre Rindfleisch, Eppinger, Orth, Schottelius ed Heryng credono che soltanto l' espettorato sia il veicolo di diffusione del bacillo tubercolare; E. Fraenkel, Rosenthal, M. Schmidt e Schroetter ravvisano questo veicolo per per lo più nello sputo, e soltanto eccezionalmente nella via sanguigna e linfatica; Rosemberg nello espettorato e nella inalazione (escludendo la via sanguigna e linfatica); Schech nello espettorato e nella corrente linfatica (soltanto rarissimamente nella inalazione); Franz Fischer nello espettorato e nella inalazione; Gottstein nello espettorato, e possibilmente anche per altre vie; Massei, Ziemssen, Stoerk, Heinze, Baumgarten, Korkunow e Pfeiffer nella via linfatica e san-

guigna; Bresgen non si pronunzia sul riguardo. Sicchè, chiaramente emerge che la maggior parte degli autori inclina ad attribuire all'espettorato la parte principale di veicolo nella diffusione. Krieg fa rilevare che, quantunque codesto concetto abbia molti dati in suo favore, d'altro lato non si può negare che molti tisici, benchè per anni espettorino una enorme quantità di pus dalle caverne pulmonali, non ammalano affatto di tubercolosi laringea; e viceversa, si presentano tutti i giorni in esame casi di tubercolosi laringea, nei quali l'espottorazione manca del tutto. Basterebbero già questi fatti, inesplicabili con la teoria dell'espettorato, per fare desumere che debba esservi un altro veicolo di propagazione del bacillo tubercolare, e propriamente la via sanguigna e linfatica che è stata ammessa dalla minoranza degli autori. In appoggio di quest'ultima opinione, si è fatto rilevare che nella corrente sanguigna e linfatica sono stati constatati dei bacilli (Weichselbaum); che, per es., la tubercolosi miliare generale si propaga per questa via (Klebs); che nella tubercolosi delle ossa sono state osservate certe forme le quali possano essere spiegate soltanto con l'infezione nelle vie sanguigne arteriose (Mueller); che l'esame microscopico ha fatto rilevare che i bacilli, penetranti attraverso le lacune linfatiche, si fanno strada altrove con la corrente linfatica, ecc.

Krieg porta opinione che uno dei mezzi più adeguati per derimere la questione in discorso, consista nel seguire con esattezza la *coincidenza laterale* delle lesioni tubercolari laringo-pulmonali, il che era stato già additato, molti anni or sono, dal Tuerck, quando scrisse: « per constatare la influenza della tubercolosi laringea sulla genesi di ulcerazioni tubercolari laringee, non sarebbe senza interesse la osservazione, da me fatta spesso, che predomina, nei casi di tubercolosi laringo-pulmonale, la corrispondenza delle lesioni tubercolari dallo stesso lato. Se ciò fosse confermato in numerosi casi, sarebbe importante per la soluzione di tale quesito. »

Più tardi Friedreich, Schroetter, Solis Cohen, e R. Pfeiffer confermarono l'asserzione di Tuerck, laddove Jurasz, Heinze, e M. Schmidt la negarono.

Krieg in base all'esame di 700 casi di tubercolosi laringea, da lui studiati, ha voluto apportare un contributo a tale questione.

Sopra questi 700 casi di tubercolosi laringea, in 275 (37,3 %) l'affezione era unilaterale, ed in 425 (62,7 %) bilaterale.

Nei primi, cioè nei 275 casi di tubercolosi laringea unilaterale, in 251 (91,6 %), l'affezione esisteva dal lato dove anche il pulmone era colpito, e soltanto in 24 (8,4 %), esisteva dall'altro lato. Quanto ai casi, in cui l'affezione laringea era bilaterale, Krieg li ha distinti in due categorie, e cioè: *a*) casi nei quali non si constatava uno spiccato predominio della affezione *da un lato*: 220 = 68,1 %; e *b*) casi nei quali esisteva un *pre-*

dominio dell'affezione da un lato; 103 = 31,9 °|₀ Sopra questi ultimi, in 81 (= 78,5 °|₀) la tubercolosi era più accentuata dallo *stesso* lato della laringe e del pulmone.

Il corollario che Krieg trae da questi casi, è che, per la *maggior parte* delle tubercolosi laringee, è esclusa la infezione mediante l' inalazione e gli espettorati, ed è da riguardare come regola quella per la via della circolazione.

(Dall'*Archiv für Laryngologie und Rhinologie*, 1899).

V. Meyer

VARIA



Sulla questione relativa al **posto che la Laringologia deve occupare nei Congressi Medici Internazionali** si è pronunziato, con la competenza che tutti gli riconoscono, in tre articoli pubblicati successivamente nell' «*Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften*» (1) il prof. Semon.

L'argomento è sembrato a noi di capitale importanza, non solo dal punto di vista *pratico*, ma anche da quello *scientifico*, trattato, su tutti i riguardi, con serenità ed altezza di vedute. Ed è perciò che ci onoriamo riprodurlo in *sunto*, ma *fedelmente*, perchè ci sembra la migliore diga da opporre alla corrente, che da qualche tempo si va facendo strada nel nostro campo e che sotto la speciosa bandiera della *fusione* pretenderebbe, dopo la laboriosa e vittoriosa battaglia da noi sostenuta per elevare la laringologia al rango di *specialità autoctona*, ucciderla, dopo il battesimo solenne ricevuto dal mondo scientifico, sia nei Congressi internazionali medici, sia in altre occasioni, fondendola con la Otologia! Un'*autofagia* delle più orribili! Una *reductio ad absurdum* della esistenza della nostra specialità, all'indomani in cui è stata proclamata vitale da tutti!

Com' è ben noto, la lotta perchè la laringologia fosse stata messa allo stesso livello delle altre branche della Medicina nei Congressi internazionali, fu quasi sempre affidata a singoli individui ed a qualche giornale della specialità. Soltanto in ben rari casi scese in lizza qualche gruppo di specialisti o di insegnanti universitari. Tuttavia, giammai, dice Semon, si è avuta una imponente manifestazione del pubblico medico in favore di ciò che chieggono i laringologi, cioè che nei Congressi medici internazionali venga assegnata a questa specialità un posto autoctono.

Relativamente alla seconda questione, cioè alla *fusione* della laringologia con l'otologia, si sta anche peggio. Tutto ciò che finora è stato detto pubblicamente, rappresenta opinioni individuali di alcuni specialisti, e, nell'ora che volge, nessuno potrebbe dire con precisione quale sia l'opinione di tutti, o della maggior parte dei laringologi.

---

(1) V. i fascicoli di giugno, luglio ed aprile 1899.

Appunto queste considerazioni, lo ripetiamo, hanno indotto il Semon a svolgere codeste due questioni di proposito in una serie di articoli, che egli dedica all'attenzione dei colleghi, specie ai presidenti delle Società laringologiche ed otologiche, invitandoli a renderne argomento di esame nelle loro discussioni, ed a trasmettere poi a lui un resoconto, nel quale sia espressa l'opinione della maggioranza. Egli rivolge lo stesso appello a tutto il corpo medico, invitandolo a partecipare alla soluzione di codeste questioni, e ponendo l'autorevole giornale, che ha fondato e dirige, a disposizione di tutti coloro che vogliono prenderle a disamina, sieno essi favorevoli, o non, all'autonomia della laringologia ed alla sua equipollenza rispetto alle altre speciclità mediche.

Ciò premesso, il Semon entra in argomento, e tesse brevemente la storia del posto assegnato finora alla laringologia nei Congressi medici internazionali, la quale storia rispecchia la mirabile lotta che i cultori di questa scienza hanno dovuto sostenere perchè tutto il corpo medico apprezzasse la branca per quel che vale.

Nulla è noto se nei *primi sei Congressi medici internazionali* fossero fatti tentativi per assegnare alla laringologia un posto autoctono. Ad ogni modo, anche ammesso che sia stato tentata una tal cosa, è certo che il risultamento fu negativo.

Durante il tempo in cui si fecero i preparativi per il *Congresso internazionale a Londra* (1891) fu ventilata a lungo la questione di una speciale sezione laringologica, ma, per molteplici motivi, fra cui precipuamente la scissura ed i dispareri fra i laringologi, non si addivenne ad un risultamento concreto. A stento si riuscì ad ottenere una sotto-sezione. Però, il successo scientifico e morale fu enorme. Basti dire che più di 340 laringologi di tutte le nazioni vi accorsero ed il contributo scientifico fu a tale altezza, che perfino il *Lancet* di Londra, un giornale che era stato sempre ostile alla specialità laringologica, si vide costretto di tributare grandi lodi ai cultori e chiedere che venissero istituite delle cattedre di laringologia nei grandi ospedali inglesi. Sino a qual punto gli stessi laringologi fossero rimasti soddisfatti del risultato ottenuto, lo dimostra il discorso tenuto da Schnitzler alla chiusura del Congresso, nel quale facendo rilevare il successo che la laringologia aveva riportato per la prima volta in un Congresso internazionale di Medicina, nel quale avea dimostrato, alla chiara luce del sole, tutto ciò che può e che per diritto le si doveva devolvere un posto accanto alle altre specialità mediche, propose di smettere l'idea di tenere un secondo Congresso laringologico internazionale a Parigi nel 1882 (il primo era stato tenuto nel 1880 a Milano, con successo superiore alle aspettative), ed attendere che nel futuro Congresso le fosse assegnata una sezione autonoma.

Sventuratamente, prosegue Semon, queste speranze di Schnitzler non si realizzarono, perchè nel Congresso internazionale tenuto nel 1884

a Kopenaghen, a causa di ostacoli di natura locale, ed in parte anche per la non completa concordia fra i laringoscopisti, non si potette ottenere ciò che tanto si desiderava. Tutti ricordano che dopo un via vai di proposte, si addivenne in ultimo ad una specie di compromesso, in virtù del quale, pur concedendo una certa autonomia, più ideale che reale, fu stabilito che « la sezione laringologica dovesse lavorare insieme a quello otologica ». Il risultamento pratico non fu dei più brillanti, giacchè si assistette allo strano spettacolo che, mentre nella discussione generale sulla tonsillotomia, nessun otologo credette bene parteciparvi; quando si venne alla seconda discussione generale, cioè quella relativa alle nevrosi riflesse provocate dal naso, gli otologi pretendevano che i loro colleghi specialisti in laringologia non fiatassero, come se si fosse trattato di un capitolo pertinente unicamente alla branca che essi coltivano!

Nel Congresso internazionale di Washinghton (1887) fu stabilito in sul bel principio di costituire una sezione laringologica indipendente. Sventuratamente, a causa di dissidi fra i presidenti delle sezioni e della dimissione presentata all' ultima ora da chi era *in pectore* il futuro presisidente della sezione laringologica, le cose volsero a male. In ultimo fu proposto di fondere la sezione di laringologia con quella di otologia (e, ciò ch'è più, affidandone la presidenza ad un otologo), il che provocò le più vivaci proteste da parte di laringologi americani ed europei, dei quali soltanto duc si recarono al Congresso.

Il Congresso internazionale di Berlino (1890) è stato finora l'unico in cui, grazie agli sforzi lodevolissimi di B. Fraenkel, non si ebbe a lottare perchè alla laringologia fosse assegnato il posto che ie spetta. Il risultamento scientifico fu dei più splendidi.

In quello di Roma (1894) fu fatto nuovamente il tentativo di fondere la laringologia con la otologia. La Società laringologica berlinese protestò. Furono allora costituite due sezioni indipendenti. Quella laringologica — grazie alla eccellente organizzazione che le fu impartita dal presidente, il professore Massei — fu una delle poche che riportò un trionfo scientifico splendido.

Al Congresso internazionale di Mosca (1897) fu, anzitutto, deciso che la laringologia, la otologia e l' odontojatria (!) dovessero costituire una sottosezione delle nove sezioni destinate alla chirurgia ed alla oftalmologia. Le proteste, com' era logico e naturale, fioccarono da tutte le parti. Ciò ebbe per effetto che furono istituite due sezioni separate, una per la otologia, una per la laringologia.

Per il Congresso internazionale che dovrà essere tenuto a Parigi nel 1900, venne deliberato che vi sia una « *section spéciale et autonome d'otologie, rhinologie et laryngologie* », e che « *à l'exemple des précédents congrès* », codesta sezione si sdoppii in « *deux sections sécondaires* », di cui una dovrebbe essere destinata alla otologia ed un'altra alla rino-laringologia. Alle

obbiezioni e proteste, rivolte dal Semon, che «codesta suddivisione in due sezioni costituisce un ritorno mascherato al tempo in cui la laringologia veniva ritenuta soltanto degna di costituire una sottosezione secondaria, e che ciò ha l'obbiettivo di abbassare il prestigio e la dignità che le spettano di fronte alle altre specialità mediche», il Comitato organizzatore francese ha risposto dichiarandosi convinto della bontà della protesta, ed ha deciso che saranno create due sezioni autonome.

Come corollario di questa esposizione storica, Semon fa rilevare che la lotta per rivendicare alla laringologia il posto che le compete nei Congressi medici internazionali, è stata coronata da successo, nel senso che la maggioranza dei medici convengono oggi, benchè non tutti con schietto entusiasmo, che essa debba essere messa allo stesso livello delle altre specialità. È tempo, però, soggiunge, che questa lotta abbia termine, regolando definitivamente il *principio* che la laringologia da oggi innanzi, abbia una *sezione completa ed indipendente* in tutti i futuri Congressi internazionali. Al conseguimento di questo obbiettivo necessitano la unione ed il proposito fermo dei cultori di laringologia di tutto il mondo, affinchè esprimano recisamente questo *desideratum* nel prossimo Congresso di Parigi, e venga così risoluta definitivamente una questione, che ha procacciato loro ambasce e noje parecchie.

Nella seconda parte prende a disamina l'altra questione, cioè: devesi in avvenire fondere, in una sola sezione, la laringologia e l'otologia nei Congressi internazionali di medicina ed in analoghe occasioni?

In questa Semon analizza con competenza magistrale tutti i rispettivi fatti per dimostrare che, anche nella pratica, la *laringologia deve essere assolutamente indipendente dalla otologia*. Sventuratamente, non ci è possibile riportare tutto ciò che egli espone a sostegno della sua asserzione. Ci limiteremo, ad addurlo sommariamente.

Pria di tutto, egli fa rilevare che in questi ultimi quindici anni si è compiuto, nel campo dei cultori della laringologia, una metamorfosi la quale merita di essere presa seriamente in considerazione, perchè spiega in gran parte la tendenza sopravvenuta, ai nostri giorni, in molti laringologi, di ondere la loro specialità con l'otologia.

Quali sono le cause di questa metamorfosi, con tendenza *fusionista* delle due specialità?

La *pletora* degli specialisti di laringologia. Nella sola Inghilterra, durante gli ultimi quindici anni, il numero degli specialisti di laringologia si è *quintuplicato!* E, su per giù, lo stesso è accaduto in Germania e negli altri paesi. È facile comprendere quale ripercussione questo fatto abbia avuto nella pratica. Il giovine specialista non trova sufficiente materiale clinico, nè nella pratica spedaliera, nè in quella privata, allorchè va a svolgere la sua attività professionale in un centro dove già esercitano altri co

leghi spec'alisti. La dura realtà, o, in altri termini, le esigenze della vita quotidiana lo costringono inesorabilmente ad ampliare la sfera del suo esercizio professionale, e—come argutamente osserva l'autore—per il tramite del cavo naso faringeo (che è l'anello di congiunzione fra la gola e l'orecchio), egli viene istintivamente attratto ad occuparsi di otologia. Ciò spiega altresì perchè, in questi ultimi anni, si sia andata sempre più assottigliando la schiera dei puri e semplici cultori di laringologia, e si sia ingrossata quella degli specialisti che coltivano, ad un tempo, le due branche in parola.

Oltre a questo fattore *estrinseco*, per così dire, della cennata metamorfosi, ve n'è un altro *intrinseco*, il quale riconosce la sua causa nella tesi formulata in questi ultimi tempi da molti autori, cioè che, a causa dei grandi progressi che la rinologia ha compiuto negli ultimi 15 anni, ed a causa della grande influenza che tutto ciò riverbera così sulla laringologia, come sulla otologia, non è più possibile staccare fra loro e studiare isolatamente queste due branche. Se ciò avvenisse, dicono questi autori, «vi sarebbe a temere uno sdoppiamento della rinologia in oto-rinologia e laringo-rinologia. Ad evitare questo inconveniente, non vi è di meglio a fare, che fondere la laringologia con la otologia.»

Ma Semon giustamente fa rilevare che questo corollario tiene a base due premesse, le quali sono ben lungi dall'essere inoppugnabili. Pur ammettendo che la rinologia abbia compiuto questi grandi progressi, non è poi vero che siano stati tali da impartire un nuovo indirizzo ed un nuovo aspetto alla laringologia ed alla otologia. In secondo luogo, è molto più probabile e reale il pericolo che la laringologia e la otologia si facciano rimorchiare dalla rinologia, anzichè questa possa subire lo sdoppiamento testè cennato.

Che le varie specialità esistenti in medicina sieno qualche cosa di automatico, di rigido, come rami autoctoni di un tronco, i quali vivono *ex se*, è una idea tanto assurda, che oggi nessuno al mondo potrebbe, non diremo sostenere, ma neppure concepire. Tutte le specialità mediche sono rami che, mentre attingono il loro vitale nutrimento dal *comune tronco*, stanno, alla loro volta, in intimo rapporto fra loro e col tronco. Donde la necessità proclamata, dai più grandi laringologi, otologi, oculisti ecc. della nostra epoca, di non coltivare la specialità come un ramo isolato, ma sempre in nesso intimo col tronco donde derivano, e, per quanto è possibile, con gli altri con i quali stanno, più o meno, in rapporto. Applicando ciò alla rinologia, si ha che il cavo nasofaringeo costituisce, è vero, un nesso naturale fra la laringologia e la otologia, ma è un nesso, simile a quello che la laringologia ha *con tutte* le altre discipline mediche. Con lo stesso diritto con cui si pretende da taluni che il laringologo sia anche otologo, sol perchè la gola e l'orecchio hanno dei rapporti fra loro, specie per l'intermedio del cavo naso-faringeo, si potrebbe accampare la pretensione che il laringologo sia, specialista anche in sifilografia e neuropatologia, perchè, come a tutti è noto, frequentissimi sono i casi in cui nella gola si indovano le-

sioni sifilitiche, oppure trattasi di alterazioni laringee le quali sono l'esponente di alterazioni centrali. Chi non si accorge che questo è un postulato assurdo?

Nè i progressi della rinologia — incalza il Semon — sono tali da autorizzare a ritenere che debba capitanare la otologia e la laringologia. In fondo, dice egli, i lavori più salienti, apparsi dopo il 1880 nel campo della rinologia, possono ridursi a tre: quello di Woakes sulla etmoidite necrotizzante, il primo lavoro di Ziem sull'empiema del seno mascellare e la monografia di Hack sul trattamento radicale operativo di alcune forme di emicrania, di asma, di febbre del fieno, ecc.

Dopo questi lavori, la rinologia si è affermata splendidamente fra le specialità consorelle. E non cade dubbio che, in molti capitoli, essa ha realizzato un progresso effettivo. Ma, d'altro lato, è innegabile che una specie di fato tragico ha accompagnato lo sviluppo della rinologia, in quanto che la maggior parte dei suoi progressi si sono collegati, fin dal principio, a speranze esagerate le quali non si sono punto tradotte nella pratica. Quando apparve il lavoro di Woakes sulla etmoidite necrotizzante, per alcuni anni venne in moda di diagnosticare questa malattia anche quando non esisteva, di ritenerla come frequentissima, e riguardarla come causa principale, se non addirittura unica, dei polipi nasali: onde fu raccomandato, in tutti i casi di polipi nasali, un trattamento molto più energico di ciò che era stato ammesso come necessario dalla maggior parte degli specialisti.

Molto più diffusa e fatale — prosegue Semon — fu la nuova dottrina delle nevrosi nasali riflesse. Quando Hack pubblicò la sua nota opera, una specie di delirio incolse, in tutto il mondo, un certo numero di medici, e di punto in bianco pullulò una fungaja di lavori, i quali avevano l'obbiettivo di ampliare, talvolta fino all'assurdo, il campo delle nevrosi nasali riflesse. Tutte le volte in cui, nel corso di una malattia, apparivano sintomi nervosi oscuri, e non si riusciva ad indagarne la causa, gli entusiasti della dottrina di Hack affermavano, con tono di infallibilità, che il fattore etiologico di quei sintomi era indovato nel naso! Si giunse al punto da raccomandare un energico trattamento con l'ansa candente tutte le volte in cui si sospettava l'esistenza di un *asma nasale*, di una *tosse nasale*, di una *epilessia di origine nasale*. Ora, si noti bene, il più delle volte, in questi casi, trattavasi di condizioni patologiche, le quali non erano punto dovute a cause intranasali! Per fortuna, in questi ultimi tempi, sono svaporati codesti entusiasmi a freddo, e giustamente il Fraenkel faceva riflettere che di questo capitolo finora si conoscono appena poche frasi, che non autorizzano affatto a trarre corollarii, e men che mai quegli apoftegmi, predicati alle turbe con voce altitonante.

Anche il capitolo sulle malattie delle cavità accessorie del naso, benchè sia il migliore della moderna rinologia, non è rimasto scevro di gravi esa-

gerazioni. Il numero dei casi, osservati in breve tempo da alcuni specialisti, è tale da destare sorpresa e stupore! Io, dice Semon, che dispongo di un vasto materiale clinico, così nella pratica ospedaliera come in quella civile, non riesco a comprendere perchè non mi si presenti, neppure in un lungo periodo di tempo una cifra, sia pure approssimativa, di casi di affezioni dei seni. Ed allo stupore si associa una penosa impressione, quando si vede e si ode che spesso, dagli antesignani del nuovo indirizzo, è stato trovato necessario praticare gravi operazioni chirurgiche, le quali non stavano in alcun nesso con la esiguità dei sintomi! Soprattutto in alcune affezioni nelle quali, come l' esperienza insegna, si riesce ad ottenere una guarigione completa con mezzi molto più semplici. Una esagerazione anche più grave va ravvisata nel tentativo di attribuire sempre l'ozena a malattie delle cavità accessorie del naso, e quindi istituire un trattamento chirurgico.

Qualche cosa che confina addirittura con la frenesia, prosegue il Semon, si scorge da qualche tempo nelle nuove indicazioni operative contro le tumefazioni delle estremità posteriori dei cornetti nasali. Per lo passato, vi fu un periodo di tempo nel quale era di moda aggredire le estremità *anteriori* dei cornetti, fossero esse colpevoli o non, del disturbo patologico che affliggeva l'infermo. Oggi, l'indirizzo è mutato, e si va predicando con entusiasmo che bisogna *fare sanguinare* le estremità posteriori! Dacchè la tecnica della rispettiva operazione è stata facilitata, dacchè è stato introdotto il *turbinotomo*, si è a dismisura ampliato il numero dei casi nei quali si ritiene indicata l'operazione. V' è un ospedale speciale a Londra nel quale si sente intonare l'osanna a codesta operazione, e qualche giovine chirurgo osa perfino dichiarare che, nei giorni destinati alle operazioni, le estremità posteriori dei cornetti « debbono essere assolutamente spazzate »! Alle emorragie che ne derivano, spesso gravissime, nonchè all' atrofia che, in certo qual modo consegue all'asportazione di una parte funzionalmente importante del naso (asportazione che facilmente induce disseccamento e formazione di croste sulla parete faringea posteriore), nessuno di questi bollenti operatori pensa quando si accinge alla rispettiva manovra. Perchè occuparsi di queste inezie, quando si può darsi il vanto di avere eseguita una brillante operazione?

Riassumendo questa parte del suo lavoro, Semon dice, in complesso, quanto segue: io non nego che la moderna rinologia abbia fatto notevole progressi in questi ultimi tempi. Essa ha fatto rilevare che un certo numero di nevrosi riflesse può avere punto di partenza dal naso; ha fatto notevolmente progredire la diagnosi e la cura delle cavità accessorie del naso; ha considerevolmente perfezionata la tecnica operativa delle operazioni intranasali; ha arricchito non poco le nostre conoscenze circa la istologia dei neoplasmi nasali. Degni di encomio sono altresì i lavori batteriologici, compiuti in questo campo, i quali ci hanno edotto sui microrganismi che in condizioni normali e patologiche albergano nel naso. Se

si consideri che tutto ciò si è compiuto nello spazio di 15 anni, bisogna convenire che la rinologia ha il diritto di andarne superba. Ma da tutto questo, a voler dedurre che la rinologia debba esercitare una influenza decisiva sulla laringologia, e rimorchiarla, ci corre un bel tratto!

Su per giù, deve dirsi lo stesso circa il predominio che taluni vorrebbero dare alla rinologia sopra la otojatria. So benissimo, egli dice, che oggi molti vanno susurrando che il 90-95 $^0/_0$ delle malattie auricolari derivano da rinopatie. Però, nessuno ha dimostrato quest'asserzione, alla quale—egli continua—io credo tanto poco, quanto ad un altro apoftegma che alcuni rinologi vanno oggi predicando con voce alta, cioè che due terzi delle malattie degli occhi produconsi in conseguenza di processi patologici del naso! Sappiamo tutti che le malattie del cavo naso-faringeo possono avere una triste ripercussione sull'orecchio, vuoi per ostruzione diretta della tromba di Eustachio, vuoi per diffusione diretta di processi patologici alla medesima. Ed è agevole comprendere che lo stesso riverbero debbano avere le malattie le quali partono dal naso, e che, attraverso il cavo naso-faringeo e le trombe di Eustachio, si diffondono all' orecchio medio. Però, io ritengo, soggiunge, che il numero di esse è piccolissimo. Nè so capacitarmi in qual modo — essendo intatto il cavo naso-faringeo — una semplice ostruzione od impedimento della respirazione nasale debba avere una grande influenza sopra la ventilazione dell' orecchio medio. Nessuno dei moderni autori, che propugnano queste nuove idee, è riuscito a spiegarmi perchè—ammesso che un semplice impedimento della respirazione nasale abbia una grande influenza sull' orecchio — in quel numeroso contingente di adulti, nei quali la respirazione nasale è completamente soppressa, cioè in quelli affetti da polipi nasali multipli, sieno così rare le complicanze auricolari. Eppure da molti anni io ho rivolto una speciale attenzione a questo argomento, ed in base alla mia esperienza posso affermare che, perfino nei casi di ostruzione completa delle due narici per polipi multipli, rarissimamente ho osservato complicazioni dell' orecchio (difficoltà di udizione, tinnito di orecchi, ecc.). Riesce, quindi, agevole comprendere perchè io sia così scettico rispetto all' asserzione di taluni autori, che attribuiscono una enorme influenza alla stenosi nasale in tutte le possibili affezioni auricolari, e deplori i tentativi, fatti recentemente, di guarire un'affezione del labirinto asportando una eccondrosi del setto!

Ad ogni modo, pur non volendo profferire, su tale riguardo, un verdetto assoluto, e lasciando al tempo questo còmpito, ciò che oggi importa è di trovare un termine di conciliazione fra le due schiere rivali, affinchè il dissidio non riverberi una influenza nociva sull'ulteriore sviluppo di queste specialità.

Questo termine di conciliazione, conchiude Semon, può aversi soltanto rendendo stabile l'*autonomia* della laringologia rispetto alla otojatria, e viceversa. La fusione di queste due specialità in una sola, equivarrebbe

(oltre a molteplici gravissimi inconvenienti) al *naufragio* della laringologia come specialità *ex se*. Fondendosi con la otojatria, segnerebbe il suo suicidio. In fatti, nel giorno in cui le due specialità si fondessero in una sola sezione, ciò avrebbe per effetto, forse a breve scadenza, che qualche ministro della Pubblica Istruzione, desideroso di fare economie sul suo bilancio, reputasse opportuno di fondere le due cattedre in una, *affidando a qualche otologo, che eserciti anche la laringologia, il compito di insegnare l'una e l'altra di queste discipline*. Ond'è, afferma il Semon, che i laringologi i quali, trascinati da una insana corrente, si iscrivono nel gruppo dei *fusionisti*, non si accorgono che essi *concorrono al suicidio della specialità che coltivano*.

A questi *Girondini* della specialità non tarderebbe a seguire *la Montagne*. Ciò è in *natura rerum*. Poichè si afferma che $^{3}/_{5}$ delle malattie dell'occhio scaturiscono da disturbi patologici, indovati primariamente nel *naso*, potrebbe accadere, anzi accadrebbe certo, che si finisse per stabilire che *tutte le specialità, le quali hanno parecchi punti di contatto fra loro, debbano fondersi insieme*. Fra dieci anni, potremmo assistere allo spettacolo di vedere deliberato che la *sezione oto-laringologica debba essere fusa con quella oftalmologica*. Ai laringologi, ed agli stessi otologi *fusionisti*, è il caso di gridare: *Principis obsta !*

Ciò, a prescindere dal fatto che in tutti i Congressi internazionali, che finora ebbero luogo, la sezione laringologica ha destato sempre l'invidia delle specialità consorelle per gli splendidi risultamenti conseguiti nel breve periodo di tempo — cioè 5-6 giorni — che sogliono durare. Basta ricordare le importantissime questioni dibattute nella sezione laringologica, cioè quelle relative alla tubercolosi laringea, al cancro della laringe, alla paralisi del postico, alle nevrosi nasali riflesse, alla intubazione della laringe, alle infiammazioni infettive acute della faringe e della laringe, alla fotografia della laringe, alla illuminazione per trasparenza delle cavità accessorie del naso, alla innervazione motrice (centrale e periferica) della laringe, alla pachidermia laringea, alle suppurazioni delle cavità accessorie del naso, ecc., per convincersi quale enorme progresso abbiano arrecato alla nostra specialità, nonchè alla medicina in genere queste memorabili discussioni tenute, in brevissimo elasso di tempo, in codesti Congressi internazionali. Se, per poco, le due specialità in parola — otologia e laringologia — fossero state fuse insieme, sarebbe stato possibile svolgere, nel breve tempo assegnato alle sedute, esaurientemente questi argomenti ?

Certamente *no*.

La conchiusione finale che Semon trae da questo splendido esame, qui riassunto alla meglio, è che tutti i cultori di laringologia, i quali hanno a cuore che la specialità non naufraghi, non si suicidi dopo la splendida affermazione della sua indeclinabile esistenza data in *tutte* le occasioni in cui se ne porgeva occasione, debbono concordemente insistere perchè essa

continui a vivere vita autoctona e scongiurare, con tutte le forze, il pericolo che il suicidio si avveri mercè la fusione della laringologia con la otologia nei Congressi internazionali od altrove.

Ad evitare tanta jattura, il Semon ha diretto un appello a tutti i laringologi del mondo, perchè esprimano la loro opinione sul riguardo, e si pronunzino recisamente *pro, o contro la fusione*. Finora, a questo appello hanno risposto i laringologi della Germania del sud, i quali *unanimemente*, nella seduta del 2 aprile 1899 in Heidelberg, hanno deliberato che la *laringologia e l'otologia debbano avere ciascuna una vita autoctona, e che nei Congressi internazionali ciascuna debba avere una sezione ex se.*

E poichè il Direttore di questo giornale non presiede associazione alcuna di laringologi, e sarebbe difficile riunire quelli italiani, per esprimere il loro voto, egli si permette stringere la mano al valoroso collega Semon, e fargli osservare che, la quasi integrale riproduzione della sua dotta ed efficace dissertazione in questo giornale, che per 20 anni serbò purezza ed autonomia d'intenti, è la migliore espressione del plauso che la coraggiosa iniziativa merita, e che in Italia soprattutto dovrebbe trovare èco profonda in seno agli alti Consessi ed in coloro che reggono le sorti della pubblica istruzione.

***

Abbiamo ricevuto in dono tre pregevoli pubblicazioni di **otologia**: sebbene l'indole del giornale non ci permetta di farne un'analisi, l'importanza di questi lavori e l'interesse che essi avranno pei nostri lettori, ci autorizzano a darne una breve notizia.

Il manuale di terapia e medicina operatoria dell'orecchio del professor Ferreri è un libro che mentre fa onore a chi lo ha scritto, riafferma l'importanza che l'*otologia* ha saputo conquistarsi nel secolo presente; basterebbe leggere l'indice delle varie operazioni speciali e comuni che si praticano per malattie auricolari, per provarlo.

La descrizione del manuale operatorio è fatta con la nota competenza dell'autore, con molta chiarezza e con l'aiuto di ottime illustrazioni.

La lode va quindi estesa anche alla solerte società editrice Dante Alighieri della quale, del resto, sono noti il valore e l'operosità.

La monografia del professor Forns, di Madrid, dal titolo «*Sobre Ananatomia otologica* (*sopra l'anatomia dell'orecchio*)» è uno degli altri lavori, pubblicato dalla *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas* nel mese di giugno ultimo, e contiene un Atlante anatomico dell'osso temporale. In esso l'A. si occupa della tessitura e delle funzioni dell'apparato

auditivo, offrendo un saggio anatomo-topografico dell' osso temporale, da cui deduce le applicazioni alla Clinica otoiatrica.

Successivamente egli studia in questo osso le porzioni: petrosa, timpanica, squamosa, mastoidea, ecc., nonchè il suo insieme. Rappresenta e distribuisce i risultati di questo studio in 4 tavole di figure in fototipia bene riuscite e rilevate dal vero, i cui relativi pezzi l'A. conserva nel suo Museo.

Ricorda in ultimo due aforismi: *non è anatomico, chi non è settore*; *non è otologo, chi non sa anatomia:* due detti che bene si addicono al Forns, essendo egli e l'uno e l'altro.

Infine anche il dott. Giuseppe Garbini ha arricchito la letteratura otologica col suo « *Compendio di otoiatria ad uso degli studenti e dei medici pratici.* » Esso fa parte della *piccola biblioteca medica* edita dall' Unione Tipografico-editrice Torinese, ed è racchiuso in 141 pagine.

Più di quello che indica il modesto titolo di questo lavoro, l'A. è riuscito veramente a fare un *trattatello pratico di otoiatria* in una forma semplice e chiara, cosa non facile allo stato di progresso cui è giunto questo importante ramo delle mediche discipline. In esso si rispecchia la risaputa pratica della scuola Romana.



È uscita la seconda ed ultima puntata del « **Trattato di patologia e terapia speciale** » del prof. A. Fasano.

In essa sono svolte le malattie del sistema nervoso, del sangue, del ricambio materiale, degli organi del movimento, e le malattie infettive generali. Oltre a trovare in questa parte i pregi dell' altra, l' A. ha conservato il suo programma di essere, cioè, conciso ed efficace, in modo da riuscire molto utile allo studioso nella pratica professionale.

Nel raccomandare il pregevole lavoro del prof. Fasano, facciamo rilevare che il prezzo dell'opera è molto conveniente: per la prima puntata lire *cinque*, per la seconda lire *tre*.

Chi volesse acquistare tale pubblicazione potrà dirigersi presso l'autore (Strada Nardones 60) o presso i principali librai.

L'edizione è molto ben riuscita dai tipi F. Velardi & A. Faraone.



È stato pure publicato il « **Trattato completo di Odontoiatria** » per il prof. P. Scervini.

È un grosso volume di oltre 600 pagine, con 253 figure intercalate nel testo, nel quale sono diffusamente svolte la embriologia, la patologia e la terapia dei denti.

Il volume è ben portato, e lo studioso potrà in esso trovare quanto di utile può occorrere nella pratica della professione.

È stampato per i tipi De Angelis e Bellisari e costa lire dodici.

***

Una buona notizia, per finire. — Con decreto del 20 luglio u. s. il **Collegio-convitto per i figli dei Sanitarii Italiani**, esistente in Perugia è stato eretto in Ente Morale e ne è stato approvato lo statuto. Nel passato settembre si procedette alla formazione del consiglio di Amministrazione, e l'istituto venne solennemente inaugurato.

Noi più volte abbiamo segnalato all' attenzione dei colleghi questa pia opera e più volte abbiamo invocato dal loro cuore l' aiuto e la cooperazione necesarii per far prosperare questa nobile istituzione. Nel pubblicare la lieta novella, facciamo di nuovo fervente appello a tutti i nostri lettori, perchè garreggino in questa opera di carità, che tanto da vicino riguarda gli sventurati figliuoli dei colleghi nostri.

***

Ci è grato annunziare che il bravo laringologo berlinese, il dott. A. Rosenberg, già assistente del prof. B. Fränkel ha ricevuto, testè, il titolo di professore.

Rallegramenti ed augurii.

LIBRI VENUTI IN DONO

LUNGHINI dott. O. — Rendiconto dell' Istituto Oto - rino - laringologico di Siena. 1899.

— Dell'ascesso peritonsillare. Siena, 1869.

SPIESS dott. G.—Sequester im Alveolarfortsatze nach Anbohrung der Oberkieferhohle. Berlin, 1899.

FILE'-BONAZZOLA dott. A. e MELZI dott. U. — Considerazioni sopra le laringiti infantili in generale e sull'intubazione nella laringite postmorbillosa in particolare. Milano, 1889

FERRERI prof. G. — Critique sur l'état de la chirurgie intratympanique dans les suppurations chroniques et les scléroses de l'oreille moyenne. Paris, 1899.

— Manuale di terapia e medicina operatoria dell'orecchio. Roma, 1899.

— Fibrosarcoma del seno sfenoidale. Torino, 1899.

CERVELLO prof. V. — Sulla cura della tubercolosi polmonare. Palermo, 1899.

MARTUSCELLI dott. G.—Carcinoma primario della tiroide. Torino, 1899.

BRINDEL. — Des lesions de la table interne du crane dans les suppurations de l'oreille moyenne. 1899.

AMBROSINI dott. U.—Del cateterismo del seno frontale. Milano, 1899.

D'AJUTOLO dott. G. — Del riso convulso come espettorante. Bologna, 1899.

ROUSSELOT — Historique des applications pratiques de la phonétique expérimentale. Paris, 1899.

GAGNONI dott. E. — Di tre gravi casi di difterite guariti con l'iniezione nelle vene di siero antidifterico. Milano, 1899.

SCHEPPEGRELL dott. W.—The Schleich method of general anesthesia, with special reference to nose, throat and ear practice. New Orleans, 1899.

BALLENGER dott. W.—Electrolysis as a treatment for deviations, spurs and ridges of the nasal septum. Chicago, 1896.

— Abscess of the nasal Septum.

— A case of chronic Mastoiditis. Radical operation and closure of the external wound by first intention.

— Twenty-five indications for incision of the membrana tympanum (Myringotomy).

— Chronic suppurative otitis media; the indications for treatment.

— Ear diseases affecting longevity. 1899.

FORNS—Sobre Anatomia otologica. Madrid, 1899.

St. Clair Thomson. - The cerebro-spinal fluid; its spontaneous escape from the nose. London, 1899.

Lermoyez dott. M. — Le jubilé des Annales des maladies de l'oreille, du nez, du larynx et du pharynx. Paris, 1899.

— Pseudo-obstruction nasale chez une hystérique. Paris, 1899.

— Mastoidite de Bezold chez un nouveau-né. Paris, 1899.

Cagnola dott. A. — Su di un caso di ampia deiscenza del pavimento osseo della cassa timpanica nella fossa giugulare. Milano, 1899.

Jurasz pror. A.—Die laryngoskopische Behandlung der bösartigen Kehlkopfneubildungen. 1899.

Ostino dott. G.—Ancora a proposito della determinazione del limite minimo di udizione compatibile col servizio militare. Roma, 1899.

Lothrop dott. Howard A. — The Anatomy and Surgery of the frontal sinus and anterior ethmoidal cells. Boston, 1899.

Trumpp dott. J.—Notiz zur Technik der Intubation. Monaco, 1896.

— Diphtherie-oder Pseudodiphtherie Bacillen im Empyemeiter. Jena, 1896.

S. Flatau dott. Th.—Intonationsstörungen und Stimmverlust. Wien, 1899.

Garel dott. J — Hématomes, abcès et kystes séreux de la cloison nasale. Paris, 1898.

— Hemorrhagie sous-muqueuse des cordes vocales inférieures. Paris, 1898.

— Deux cas de tumeurs volumineuses de l'èpiglotte. Lipome et fibrome. Paris, 1899.

— Nouvelle anse électrique pour l'ablation des végétations adénoides. Paris, 1899.

— La photographie stéréoscopique du larynx. Paris, 1899.

Garbini dott. G.—Compendio di Otoiatria. Torino, 1899.

Monaco dott. G. — Estado actual de la terapeutiea del Ozena. Buenos-Ayres. 1897.

Concetti prof. L. — Delle associazioni batteriche nella difterite in rapporto alla sieroterapia. Napoli, 1898.

Botey dott. R.—Les maladies de la voix chez les chanteurs et leur traitement. Paris, 1899.

Spiess dott. G. — Epidermolysis bullosa hereditaria der Schleimhaut. Berlin, 1899.

— Methodische Behandlung der nervösen Aphonie und einiger anderer Stimmstörungen. Berlin, 1899,

---

La redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

Indice dei lavori originali

Indice alfabetico degli autori dei lavori originali

Riviste di Opere e Giornali

Anno XVIII Gennaio 1898 Fasc. I.

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. **ALESSANDRO TRIFILETTI**

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE
di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero; pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

NAPOLI
TIP. PONTIERI E VELARDI
Largo Tarsia 9.

Conto Corrente con la Posta.

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. F. Massei, in *Napoli*, Piazza Municipio, 4.

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

LIBRI VENUTI IN DONO

MEYER dott. E. — Zur Kenntnis der inneren Kehlkopfmuskeln des Menschen. Berlin, 1897.

FOUCHER — Troubles nerveux en rapport avec les maladies de l'oreille. Montréal, 1897.

TANTURRI dott. D. — Sulla tubercolosi latente primaria delle tonsille. Napoli, 1897.

PROTA dott. G.—Angina di Ludwig. Nota clinica. Napoli, 1897.

STRAZZA dott. G.—Patogenesi dell'ozena, con speciale riguardo alle complicazioni auricolari e laringee, e sua terapia. Genova, 1896.

GOUGUENHEIM prof. A. — Statistique des opératinos faites à la consultation des maladies du larynx et du nez de l' Hôpital Lariboisière en 1896.

GOUGUENHEIM et GUINARD—Traitement chirurgical du Lupus du larynx.

HARTMANN dott. A. — Die Operation adenoider Wucherungen unter direkter Besichtigung mit gerarder Zange. 1897.

— Ueber Hyperostose der äusseren Gehörganges. Wiesbaden, 1896.

— Bericht ueber die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde im ersten Quartal des Jahres 1897. Wiesbaden, 1897.

DELLA VEDOVA dott. T. — Laringoscopico elettrico, 1897.

DELLA VEDOVA e BIAGGI — Laringofissione per papillomi multipli del vestibolo laringeo e della glottide. 1897.

SCERVINI dott. P. — Terapia delle malattie degli organi della bocca. Napoli, 1897.

BOTEY prof. R.—Indicaciones y contraindicaciones del tratamiento quirùrgico en la tubercolosis laringea. Barcelona, 1897.

BULLETIN de la Société Belge d' Otologie et de Laryngologie. Deuxième année, n. 2. Bruxelles, 1897.

SCHEIER dott. M. — Zur Anwendung des Röntgen' schen Verfahrens bei Schussverletzungen des Kopfes. Leipzig, 1896.

— Die Verwerthung der Röntgen-Strahlen für die Physiologie der Sprache und Stimme. Berlin, 1897.

SPIESS dott. G. — Zur Chirurgie des Sinus Sphenoidalis.

— Ein neues Laryngostroboskop. 1896.

POLI prof. C.—Assenza di sintomi in due casi di perisinusite del seno laterale. Nota clinica. Milano.

MOURE prof. E. J. — Sur trois cas de complications intra-craniennes d'origine otique. Bordeaux, 1897.

LICHTWITZ dott. L. — Abus et dangers de la douche nasale. Paris, 1897.

VILLANI dott. P.—Contributo allo studio delle stenosi laringee. Napoli, 1897.

WĘGLENSKI dott. W. — Essai de traitement rational de la tuberculose laryngée. Paris, 1897.

WRIGHT dott. J. — Papillary oedematous nasal polypi and their relation to adenomata, 1897.

NEWCOMB dott. J. E. — Guaiacol as a local anaesthetic in minor operations on the nose and throat. 1897.

La redazione ringrazia sentitamente i cortesi lettori.

Anno XVIII Aprile 1898 Fasc. 2.

ARCHIVII ITALIANI DI LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo al Congresso Medico di Perugia (1885) ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. **ALESSANDRO TRIFILETTI**

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE
di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIOI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

NAPOLI
TIP. PONTIERI E VELARDI
Largo Tarsia 9.

Conto Corrente con la Posta.

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. Massei**, in *Napoli*, Piazza Municipio, 4.

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

P. SGROSSO — *Guida pratica per determinare la refrazione oculare mediante la schiascopia.* — Edit. Dott. Cav. V. Pasquale — R. Università, Napoli — Prezzo L. 0,50.

Tra i metodi impiegati in ottalmologia per determinare e correggere i vizi di refrazione dell'occhio, la Schiascopia offre a preferenza i vantaggi di raggiungere l'intento con un procedimento facile, con risultati precisi e con mezzi semplicissimi alla portata di ogni medico, anche non specialista in ottalmologia.

Allo scopo di diffondere sempre più queste conoscenze in ogni momento sempre utili, oltre che agli specialisti, ai medici generici ed in in modo particolare ai medici militari, il Prof. Sgrosso ha pubblicato un libriccino di poche pagine, ma del massimo interesse pratico. In esso, con brevità e chiarezza si espongono i principii teoretici, illustrati passo, passo da numerosi esempi pratici, che devono guidare il medico nel compiere questo esame, e le norme tecniche che nel più breve tempo e con la massima precisione permetteranno di diagnosticare e correggere speditamente la miopia, l'ipermetropia e le varie forme di astigmatismo.

Anno XVIII Luglio 1898 Fasc. 3.

ARCHIVII ITALIANI
DI
LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**
Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. **ALESSANDRO TRIFILETTI**
Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE
di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIO I DI ASSOCIAZIONE

Si publica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

NAPOLI
TIP. PONTIERI E VELARDI
Largo Tarsia 9.

Conto Corrente con la Posta.

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. Massei**, in *Napoli*, Piazza Municipio, 4.

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

LIBRI VENUTI IN DONO

ABBAMONDI dott. L. — Contributo alla casuistica della cura delle fistole salivari con pennellazioni di cocaina. Roma, 1898.
STRAZZA dott. G. — Resoconto statistico-clinico della sezione Oto-rino-laringojatrica—Anno 1896, dell' Ospedale S. Andrea. Genova, 1897.
GRAZZI prof. V. — Contributo allo studio dei corpi estranei della cassa del timpano. Firenze, 1897.
GUTZMANN dott. H. — Zur Heilung der Aphonia spastica. 1898.
THORNER dott. M. — Uncommon accidents following operations in the nose and throat. Chicago, 1896.
— Primary Syphilis of the Tonsil. Report of a case. St. Louis. 1897.
— Intubation with improved instruments. Cincinnati, 1898.
LERMOYEZ dott. M. — Un signe de la trombose du sinus longitudinal supérieur. Parigi, 1897.
— Paralysie recurrentielle incurable bénigne consecutive à la rougeole.
— Rhinites aiguës. 1897.
SPIESS dott. G. — Die Röntgenstrahlen im Dienste der Rhino-Chirurgie.
— Auffindung eines Fremdkörpers in der Nase mit Hilfe der Röntgenstrahlen.
KAYSER dott. R. — Bericht über die 1895 und 1896 in meiner (früher prof. Gottstein 'schen) Privatpoliklinik für Hals-, Nasen und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle. 1898.
D' AGUANNO prof. A. — Asportazione rapida di un tumore dello spazio naso-faringeo. Palermo, 1898.
EGIDI dott. F. — Contributo alla statistica dell' ascesso peri tracheo laringeo nei bambini descritto dal Massei. Roma, 1898.
SCURI prof. E. — Il Metronomo nell'insegnamento orale dei sordomuti, ossia teorica e pratica per l' esercizio metodico degli organi della parola secondo principii scientifici. Napoli, 1893.
HOWARD dott. W. T. e INGERSOLL dott. J. M.— A contribution to our knowledge of the etiology of inflammations of the accessory Sinuses of the nose. 1898.
JOAL — Du classement des voix. Parigi, 1898.
FARACI prof. G. — Nuovo contributo alla chirurgia acustica e funzionale dell'orecchio medio.
— Contributo alla chirurgia acustica e funzionale dell'orecchio medio.
— Nuovo processo di mobilizzazione della staffa. Torino, 1898.
GOUGUENHEIM e LOMBARD — Corps étranger des voies aériennes. Extraction par la trachéotomie—Guerison. Paris, 1898.
SIMPSON dott. W K. — Intubation in Diphteria. New York, 1898.
CIMMINO dott. R. — Le Cliniche d'Oto-rino-laringologia a Monaco, Praga ed Halle. Firenze 1898.
— Le Cliniche d'Oto-rino-laringologia a Vienna. Firenze, 1897.

La redazione ringrazia sentitamente i cortesi donatori.

Istituto Fisiologico della R. Università di Roma

DIRETTO

dal prof. LUCIANI

Ricerche sperimentali del Dott. **Lo Monaco,** aiuto, sugli effetti che esercita l'**acqua minerale naturale di Sangemini** sul **consumo azotato** e sulla formazione dell'**acido urico** (1895).

CONCLUSIONI

I. **L'acqua di Sangemini** favorisce i processi digestivi e l'assimilazione delle sostanze alimentari.

II. **L'acqua di Sangemini** eccita i processi ossidativi delle sostanze azotate.

III. **L'acqua di Sangemini** diminuisce la formazione dell'acido urico.

Così le ricerche fisiologiche hanno confermato quanto l'esperienza di parecchi anni aveva dimostrato e cioè che:

LA SANGEMINI è { **EMINENTEMENTE DIGESTIVA** / **POTENTEMENTE ANTIURICA** }

Anno XVIII Ottobre 1898 Fasc. 4.

ARCHIVII ITALIANI DI LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo al Congresso Medico di Perugia (1885) ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Dott. ALESSANDRO TRIFILETTI

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE
di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

NAPOLI
TIP. PONTIERI E VELARDI
Largo Tarsia 9.

Conto Corrente con la Posta.

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. Massei**, in *Napoli*, Piazza Municipio, 4.

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

P. SGROSSO — *Guida pratica per determinare la refrazione oculare mediante la schiascopia.* — Edit. Dott. Cav. V. Pasquale — R. Università, Napoli — Prezzo L. 0,50.

Tra i metodi impiegati in ottalmologia per determinare e correggere i vizi di refrazione dell'occhio, la Schiascopia offre a preferenza i vantaggi di raggiungere l'intento con un procedimento facile, con risultati precisi e con mezzi semplicissimi alla portata di ogni medico, anche non specialista in ottalmologia.

Allo scopo di diffondere sempre più queste conoscenze in ogni momento sempre utili, oltre che agli specialisti, ai medici generici ed in in modo particolare ai medici militari, il Prof. Sgrosso ha pubblicato un libriccino di poche pagine, ma del massimo interesse pratico. In esso, con brevità e chiarezza si espongono i principii teoretici, illustrati passo, passo da numerosi esempi pratici, che devono guidare il medico nel compiere questo esame, e le norme tecniche che nel più breve tempo e con la massima precisione permetteranno di diagnosticare e correggere speditamente la miopia, l'ipermetropia e le varie forme di astigmatismo.

Anno ~~XIV~~ XIX | Gennaio 1899 | Fasc. I.

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Prof. **ALESSANDRO TRIFILETTI**

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

NAPOLI
TIP. PONTIERI e VELARDI
Largo Tarsia 9.

Conto Corrente con la Posta.

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. Massei**, in *Napoli*, Piazza Municipio, 4.

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

Anno XIX **Aprile 1899** **Fasc. 2.**

ARCHIVII ITALIANI
DI
LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo al Congresso Medico di Perugia (1885) ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Prof. **ALESSANDRO TRIFILETTI**

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno, e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

NAPOLI
TIP. VELARDI E FARAONE
Largo Tarsia 9.

Conto corrente con la Posta.

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. Massei**, in *Napoli*, Piazza Municipio, 4.

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI

P. SGROSSO — *Guida pratica per determinare la refrazione oculare mediante la schiascopia.* — Edit. Dott. Cav. V. Pasquale — R. Università, Napoli — Prezzo L. 0,50.

Tra i metodi impiegati in ottalmologia per determinare e correggere i vizi di refrazione dell'occhio, la Schiascopia offre a preferenza i vantaggi di raggiungere l'intento con un procedimento facile, con risultati precisi e con mezzi semplicissimi alla portata di ogni medico, anche non specialista in ottalmologia.

Allo scopo di diffondere ognora più queste conoscenze in ogni momento sempre utili, oltre che agli specialisti, ai medici generici ed in modo particolare ai medici militari, il Prof. Sgrosso ha pubblicato un libriccino di poche pagine, ma del massimo interesse pratico. In esso, con brevità e chiarezza si espongono i principii teoretici, illustrati passo, passo da numerosi esempi pratici, che devono guidare il medico nel compiere questo esame, e le norme tecniche che nel più breve tempo e con la massima precisione permetteranno di diagnosticare e correggere speditamente la miopia, l'ipermetropia e le varie forme di astigmatismo.

Anno XIX | Luglio 1899 | Fasc. 3.

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Prof. **ALESSANDRO TRIFILETTI**

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8°, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno e costa L. 5 per l'Italia, L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola coi pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

NAPOLI
TIP. VELARDI E FARAONE
Largo Tarsia 9.

Dirigere vaglia, corrispondenze e manoscritti al Prof. **F. Massei**, in *Napoli*, Piazza Municipio, 4.

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI



P. SGROSSO — *Guida pratica per determinare la refrazione oculare mediante la schiascopia.* — Edit. Dott. Cav. V. Pasquale — R. Università, Napoli — Prezzo L. 0,50.

Tra i metodi impiegati in ottalmologia per determinare e correggere i vizi di refrazione dell'occhio, la schiascopia offre a preferenza i vantaggi di raggiungere l'intento con un procedimento facile, con risultati precisi e con mezzi semplicissimi alla portata di ogni medico, anche non specialista in ottalmologia.

Allo scopo di diffondere ognora più queste conoscenze in ogni momento sempre utili, oltre che agli specialisti, ai medici generici ed in modo particolare ai medici militari, il Prof. Sgrosso ha pubblicato un libriccino di poche pagine, ma del massimo interesse pratico. In esso, con brevità e chiarezza si espongono i principii teoretici, illustrati passo, passo da numerosi esempi pratici, che devono guidare il medico nel compiere questo esame, e le norme tecniche che nel più breve tempo e con la massima precisione permetteranno di diagnosticare e correggere speditamente la miopia, l'ipermetropia e le varie forme di astigmatismo.

Anno XIX **Ottobre 1899** **Fasc. 4.**

ARCHIVII ITALIANI

DI

LARINGOLOGIA

PERIODICO TRIMESTRALE

Premiato due volte dal Consiglio Superiore e con due medaglie di bronzo
al Congresso Medico di Perugia (1885)
ed a quello di Pavia (1887)

FONDATO E DIRETTO

dal Dott. **FERDINANDO MASSEI**

Specialista per le malattie di naso e di gola
Professore Straordinario di Laringojatria nella R. Università
e Socio Ordinario della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

REDATTORE

Prof. ALESSANDRO TRIFILETTI

Coadiutore della Clinica Laringojatrica di Napoli

CON LA COLLABORAZIONE

di distinti cultori di Laringologia e Rinologia

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE

Si pubblica un fascicolo di pagine 48 in 8º, ogni tre mesi, cioè in Gennaio, Aprile, Luglio ed Ottobre.

L'abbonamento è obbligatorio per un anno e costa L. 5 per l'Italia L. 6 per l'Estero: pagamento anticipato.

Un fascicolo separato L. 2. Per le annate arretrate, prezzo a convenirsi.

Il miglior mezzo per abbonarsi è quello di spedire vaglia postale al professore MASSEI, in Napoli, Piazza Municipio, 4.

Il talloncino vale come ricevuta.

I vecchi associati che non disdicono l'abbonamento e sono in regola co' pagamenti, s'intendono riconfermati per l'anno seguente.

Per le inserzioni a pagamento sulla copertina e l'acquisto della intera collezione del Giornale, dirigersi egualmente al prof. MASSEI.

ANNO XIX - 1899

NAPOLI
TIP. VELARDI E FARAONE
Largo Tarsia 9.

Conto corrente con la Posta.

Dirigere vaglia, corrispondenza e manoscritti al Prof. **F. Massei**, in *Napoli*, Piazza Municipio, 4.

SOMMARIO

PARTE ORIGINALE

RIVISTA DI OPERE E GIORNALI








H. HOLZER
BINDER
BOSTON, MASS



